

Quem é e o que deveria fazer um clínico no Brasil? Conceito, história e identidade

Who is and what should do a clinician in Brazil? Concep, history and identity

Lucas José C. Machado¹, Flávio Chaimowicz², Milena Maria Moreira Guimarães³

RESUMO

O ensino da clínica médica deve ser o ensino de uma atitude. O objetivo desse texto é entender a trajetória do clínico e o seu papel no sistema de saúde brasileiro. Há muita ambiguidade entre os termos clínico, clínico geral e até mesmo médico. Quando se diz que um médico é clínico pode-se referir ao seu método, ou à ideia de clínico geral, sem especialização. Ao longo da história, com avanço do conhecimento, a Medicina, a Clínica, sofre progressiva especialização. Paralelamente, o clínico perde valor. Todavia, com o avanço científico escancara-se a incerteza e complexidade do paciente real, o que, reforça a importância da formação do médico em base e atitude clínica, que trabalha os contrastes e limites, procura o todo e os detalhes, e exagera na reflexão. Ensinar clínica é ensinar essa forma de ser e de olhar. O papel do clínico na rede ambulatorial é impreciso, o que, desorganiza os cuidados, com excessivas fragmentação e simplificação. Há um discurso que o médico clínico com formação mais geral é necessário e deve ser valorizado. Mas não passa retórica, pois esses clínicos são considerados mal sucedidos. A maioria dos médicos recém-formados opta pelas áreas mais focais. Há cada vez menos clínicos e, portanto, menos professores de Clínica Médica, comprometendo o seu ensino. Por tudo isso, o clínico, especialista em Clínica Médica, atualmente com atuação mais restrita ao hospital precisa alargar seu campo de atuação e se valorizar. É necessário que se insira sistematicamente na rede ambulatorial.

Palavras-chave: Medicina Clínica. Medicina Interna. Medicina Geral. Educação Médica. Especialização. Medicina de Família e Comunidade.

¹ Doutor em Ciências, área de concentração Fisiologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Professor Associado do Departamento de Clínica Médica (CLM) da Faculdade de Medicina (FM) da UFMG.

² Doutor em Medicina Tropical, UFMG; Professor Associado do CLM da FM da UFMG.

³ Doutora em Clínica Médica, UFMG; Professora Adjunta do CLM, da FM da UFMG.

Instituição:

UFMG. Belo Horizonte, MG - Brasil.

* Autor Correspondente:

Lucas José de C. Machado
E-mail: lucasjcm@gmail.com

Recebido em: 13/12/2015.

Aprovado em: 28/11/2016.

ABSTRACT

Teaching clinical medicine involves a change in attitude. Our objective is to understand the course of the clinical physician and his role in Brazilian health system. There is a lot of ambiguity in terms clinical physician, general practice and even physician. When someone tells that a doctor is a clinical physician means that his a method or that he is a physician without no specialization. Along history, with knowledge advance, Medicine and Clinical Medicine become progressively specialized. In parallel, the clinical physician loses value. However, the scientific advance opens wide real patient uncertainty and complexity, which reinforce importance of medical education on grounds and attitude clinical, what means work with contrats and limits, search entire and details, and exaggerate in reflection. Teach clinical medicine is training this way of be and look. The clinical role in outpatient system is vague, what disorganize the care with excessive fragmentation and simplification. There is a speech that a clinical physician with a general formation is necessary and should be valued. But this is only a speech, because these doctors are considered unsuccessful. Most medical graduates choose more focal áreas. There are progressively less clinical physicians, and, therefore, less teachers of Clinical Medicine. For all this, the clinical physician, specialized in Clinical Medicine, currently working mainly in hospitals, needs to expand his practice and his value. It is fundamental that clinical physician enter up systematically in ambulatory net.

Keywords: Clinical Medicine. Internal Medicine. General Practice. Education, Medical. Specialization. Family Practice.

INTRODUÇÃO

Este texto pretende percorrer a trajetória do médico clínico, compreender sua identidade e discutir o seu papel na realidade do sistema de saúde brasileiro.

Recupera um pouco da história desde seu surgimento e evolução prática, além do conceito de Clínica Médica; e percorre os termos, conceitos e a ideologia subjacente às denominações que identificam o “Médico Clínico”. Procura caracterizar o que é o clínico, entender sua perspectiva, a sua formação, seu campo de atuação e seu valor. Procura respostas para o que é: médico clínico.

OS TERMOS NOS DICIONÁRIOS

A palavra clínica se origina etimologicamente do grego *klíne*, que significa leito, cama. Médico vem do latim *medicus*, provém do latim *medeor*, derivado do verbo grego *medeo*, cuidar de. *Iatrós é médico em grego e Klinikós é médico que atendia os doentes acamados.*¹

Conforme Houaiss clínico é o médico que exerce a medicina clínica, generalista, internista; ou o médico que exerce qualquer das especialidades clínicas;² e, para Aurélio, clínico é médico ou cirurgião que exerce a medicina; ou médico

que exerce a clínica médica, que é a parte da medicina que trata de doenças susceptíveis de terapêutica medicamentosa, também denominada clínica geral ou medicina interna.³ Por outro lado, para Dorland, *practitioner* é a tradução do inglês para clínico, que é a pessoa que preencheu os requisitos e está engajada na prática da medicina, odontologia ou enfermagem.⁴

OS CONCEITOS

Em Medicina, clínico é o médico que atende pessoas, os pacientes, com transtornos de saúde, usando o exame clínico para obtenção de dados que permitam elaborar diagnósticos e então propor um tratamento.

Chama-se de clínico e, mais frequentemente de clínico geral, todo médico graduado, sem qualquer especialização.

O termo “clínico geral” equivale ao conceito de generalista ou “*general practitioner*” (GP), que é o médico mais indiferenciado, pois ele não se especializou em nenhuma área em particular, não precisando ter certificação de especialista e geralmente provê cuidados na Atenção Primária de Saúde. Esse é exatamente o conceito de grande parcela da população: ao responder que “sou clínico” à indagação de

um paciente, não é incomum ouvir um comentário do tipo “então você não é especialista em nada!”

Historicamente a Clínica Médica é reconhecida e chamada como Medicina Interna. A origem da utilização do termo Medicina Interna é germânica - “Innere Medizin”.⁵ É a especialidade médica que trata os adultos, em ambiente hospitalar ou em torno dos fatos que antecedem ou sucedem às internações hospitalares. É a especialidade médica voltada para o diagnóstico e tratamento das doenças dos sistemas de órgãos internos dos adultos.

É difícil delimitar os contornos da Clínica Médica, podendo-se afirmar que se caracteriza por diagnosticar e tratar (abordar) as doenças de modo não cirúrgico. Em geral, mas não necessariamente, as doenças de adultos abordadas pelos clínicos não são cirúrgicas, e nem obstétricas-ginecológicas.

A Clínica Médica originou todas as outras áreas clínicas como cardiologia, infectologia, reumatologia, oncologia, alergologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, nefrologia e pneumologia.

No Brasil, para ser considerado especialista em Clínica Médica o médico deve fazer dois anos de estágio (residência médica) ou cumprir os requisitos teóricos e práticos, respaldados por uma prova de título de especialista.

A HISTÓRIA

Desde o século 19, mas principalmente no século 20, com avanço do conhecimento científico-tecnológico, a Medicina tem se especializado rapidamente, tornando as áreas médicas de atuação cada vez mais restritas.

No início do século 20, o médico clínico, na maioria das vezes, trabalhava sozinho. Era repositário de todo o conhecimento médico essencial, e sua maleta continha, praticamente, todo o arsenal farmacêutico necessário para a sua prática. A maior parte da prática médica era feita em seu consultório ou na casa dos pacientes. Os hospitais eram usados por indigentes.⁶

No século 19 havia, além do clínico, o cirurgião e o obstetra e ginecologista, e surgiram e desenvolveram-se a urologia, a dermatologia, a neurologia e a anestesia. A Medicina caminhava na direção da ciência. O laboratório tornava-se importante para a abordagem das doenças, transformando a imagem do médico. No século 19, o médico não era mais um homem com poderes sobrenaturais, ou miraculosos. Passou a compartilhar a tendência positivista, procurando basear a sua prática em fatos objetivos. Abandonou o dogmatismo e a metafísica e vestia a roupagem da ciência, dos princípios científicos. No fim do século 19, a Medicina estava no rumo da prática fundada no diagnóstico clínico-laboratorial e na especialização. O paradigma do médico de família começou a perder terreno para o diagnóstico hospitalar. O médico viu a sua atuação ser, progressivamente, fragmentada; e o paciente deixou de ser abordado holisticamente. A medicina tornou-se, no século 20, gradualmente, hospitalocêntrica, sendo a doença caracterizada, essencialmente, por seu aspecto biológico.^{1,6}

Como a cirurgia, a medicina clínica foi sendo progressivamente compartimentalizada em inúmeras especialidades, conforme o aparelho, órgão, doença, métodos de exame ou de tratamento. As primeiras áreas da Medicina a se organizarem como especialidades foram a Cirurgia, Pediatria, Cardiologia e Ginecologia e Obstetrícia. Atualmente, existem mais de 50 especialidades médicas.

Somente na década de 1980, a Clínica Médica passou a ser reconhecida como uma especialidade.

A SUPERPOSIÇÃO ENTRE OS TERMOS

A opção dos médicos clínicos com formação originada na residência médica, nesse momento, era pela subespecialização ou pelo trabalho em hospital. Muitos desses clínicos, em meio e a despeito disto, trabalharam, nas décadas de 1970 e 1980, como generalistas, na Atenção Primária de Saúde (APS). Isso pôde ser observado, por exemplo, na Faculdade de Medicina da UFMG, com a disciplina Medicina Geral de Adultos C. Era o início do modelo denominado mosaico, coexistindo nos centros de saúde da Atenção Primária, um clínico (de adultos), um pediatra e um ginecologista. Quem mais ocupou esse espaço na APS foram os médicos sem qualquer especialização, os clínicos gerais ou generalistas. Na verdade, esse era o espaço deles. De qualquer modo, aos poucos, e principalmente na década de 1990, com a “oficialização” da Saúde da Família e Comunidade como estratégia para reorientar o modelo de APS, todos os médicos, especialmente os generalistas e os clínicos (especialistas em Clínica Médica), têm sido substituídos nos centros de saúde pelo médico especialista em Medicina da Família e Comunidade. Há quem afirme que esse especialista seja uma evolução do “clínico ou médico geral”. Mas, confundindo essa ideia (lógica), atualmente (anos 2010) observa-se a permanência dos egressos desse sistema, sem qualquer especialização, na APS.

Essa história, explica em parte a “confusão” ou mistura ou superposição entre as denominações “clínico”, “clínico geral”, “generalista” e “médico de família”.

EXISTEM OUTROS MOTIVOS...

O termo generalista ou GP remete à ideia de formação mais geral, não necessariamente sem especialização. São médicos com formação mais geral o clínico, especialista em Clínica Médica, e o médico de família e comunidade. Este último tipo de especialista com formação mais geral entre todos os especialistas, abrange a saúde da mulher, da criança, do adulto e do idoso, e a saúde coletiva.

As denominações e conceitos das disciplinas ou das especialidades geram ainda mais confusão. A Clínica Geral (*general practice*) seria “a provisão de cuidados médicos contínuos independentemente da idade do paciente ou da presença de condição que pode temporariamente requisitar atenção de um especialista” ou também a “especialidade médica voltada para o diagnóstico e tratamento das doenças dos sistemas de órgãos internos dos adultos”. Nessa última denominação, Clínica Geral seria sinônimo de Clínica Médica e de Medicina Interna.⁵ A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), acrescenta ainda que a Clínica Médica é a especialidade que trata de adultos e ocupa a maior parte do tempo em atividades intra-hospitalares.⁵

A Medicina de Família e Comunidade teve as primeiras residências na década de 1970, inicialmente com o nome de “Medicina Geral”. Em 1981, foram denominadas pela CNRM como “Medicina Geral Comunitária”. Na unificação das especialidades pela CNRM, Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB) em 2002, por escolha dos médicos gerais comunitários, o nome mudou para “Medicina de Família e Comunidade”,

com intuito de distinguir o profissional que fez residência ou obteve certificação reconhecida daquele que fez apenas graduação em Medicina. Um afastamento ao popular e desprestigiado termo “Clínica Geral”. Essa escolha, segundo Gusso, é inadequada, pois *“não exprime a prática, ou seja, profissionais que cuidam das pessoas na sua integralidade, de forma longitudinal e coordenada, sem distinção de sexo, faixa etária ou órgão afetado.”*⁵ O termo que provavelmente melhor reflete a epistemologia desta área de atuação é *“clínica geral”* ou *“medicina geral”*, pois esse profissional é de fato *“geral”*, e o foco principal é a pessoa, e não a doença nem a família ou a comunidade. Um dos únicos países que o manteve foi a Inglaterra, onde o *general practitioner* de hoje é o que fez residência médica (correspondente no Brasil à Medicina de Família e Comunidade), e, desta forma, a transição pôde ocorrer sem traumas para a população e o sistema de saúde como um todo”. O mesmo autor afirma que *“No Brasil, grande parte dos médicos de família e comunidade rejeita o termo clínica geral, pois alega se tratar de campos diversos. Para eles, o médico de família e comunidade teria adquirido novas habilidades, como trabalho em equipe, além de abordagem comunitária e familiar. Não faz sentido tal alegação, pois, além de as supostas habilidades adquiridas não serem “novas”, todas as áreas de conhecimento evoluem naturalmente. Assim como a cardiologia praticada há 70 anos não exigia residência médica e usava outro arsenal terapêutico, o mesmo se passou com a clínica geral, que adquiriu novas habilidades e, por alguns motivos, principalmente por ter passado de uma área geral, comum a todos os médicos, a uma área especializada, sentiu a necessidade de mudar de nome na maioria dos países”*. Essa rejeição do termo *“geral”* tem origem na grande influência da medicina preventiva e da saúde coletiva, que desprezam a clínica individual, mesmo a moderna e não focada na doença.

AS CARACTERÍSTICAS DO CLÍNICO - O “SER CLÍNICO”

A incerteza permeia a Medicina. Mesmo com todo avanço científico não há base de evidências para os pacientes reais, para as situações reais. Há muito a ser construído. Lida-se com variáveis muito complexas. O conhecimento humano tem inúmeras naturezas: científica, filosófica, religiosa, empírica, do senso comum, da magia. E a ciência se divide em ciências formais, ciências naturais (empírico-formais) e ciências humanas. Não se pode e nem se deve restringir-se ao paradigma quantitativo, forma dominante do conhecimento científico. Não se pode, pois há uma complexidade que não se pode apreender pelos números, limitados e insuficientes. Esta complexidade exige uma forma de estudo também complexa e multiforme, como a bricolagem, isto é: uma estratégia em pesquisa, que evita o reducionismo, seja ele qual for, e procura usar todos os instrumentos disponíveis para realizar uma tarefa.

É com essa incerteza que trabalha o clínico. O clínico reconhece os métodos quantitativos, mas não se limita a eles. Transita pelo qualitativo. Aplica o bom senso aos consensos. Sabe os seus limites; o limite do homem, da sua visão. Desenvolve um método, mas está aberto ao novo, diferente; quer apreender, ampliar seus limites, observar melhor, refletir melhor e assim, atuar melhor junto à razão de sua prática: o paciente.

No desenvolvimento de sua experiência, o clínico busca a objetividade na amplitude, no todo complexo do

indivíduo, imerso em seu contexto social, econômico e cultural. Busca precisão na incerteza; procura o todo, mas se atenta aos detalhes.

O clínico procura os fundamentos, o estruturante, sabe do volátil, transitório, mas o coloca em seu lugar. Convive muito bem com a incompletude. Na verdade, ele a aprecia.

O clínico tem prontidão para a reflexão de sua prática.

Por atributos, surgem estereótipos. Afirma-se que o clínico é um profissional pouco objetivo, que pensa muito e resolve pouco, que sabe pouco de muito. Não se considera que ele trabalha próximo ao horizonte clínico dos processos de adoecer. Para ele, as doenças (moléstias) se apresentam de modo bastante inespecífico, indiferenciado.

A prática do clínico nos dias de hoje é *“marginal”*, fora de moda, contraditória. Busca a essência e dispensa o superficial e sem importância. Reconhece e respeita a particularidade, a singularidade, do paciente. Reconhece e busca padrões em meio à diversidade, à diferença. Pois ele tenta ver a diferença, sem descartá-la como pouco relevante. Desenvolve continuamente suas habilidades de comunicação, pois sem diálogo, sem escuta, sem empatia, não há relação de ajuda efetiva. É um tradutor do dito, e decifrador do não dito; busca a percepção do oculto, o fenômeno, ainda, não manifesto.

Ao contrário dos demais especialistas, o clínico não restringe (limita) sua observação a um órgão ou a uma de suas partes. O ser clínico mantém atitude de amplitude para o todo do indivíduo com um sofrimento. Procura se inteirar da pessoa (indivíduo) em toda a sua plenitude, bio-psico-social, ou seja, aborda a perspectiva biomédica (ou da doença), a do paciente (ou pessoal) e a contextual (história progressa, história familiar e história pessoal e social). O clínico não afirma: *“isso não faz parte de minha responsabilidade junto ao paciente”*.

O clínico dá um pouco de ordem, junta os pedaços, corrige as visões distorcidas e decisões equivocadas e frequentemente divergentes fundadas em olhar limitado, restrito à parte da pessoa. Rege uma orquestra de instrumentos com sons, por vezes, divergentes.

O clínico convive mais, e provavelmente melhor, com os seus limites. E para isso ele deve ter disposição para viver continuamente junto ao desconhecido. É por isso ele desenvolve atitude para aprender e trabalhar em grupo. Isso é fundamental para o desenvolvimento contínuo de sua capacidade de discernimento.

O clínico valoriza a prática e contexto em seu raciocínio. Reconhece a forte influência de sua formação sobre o modo como pensa: cada um vê o mundo como quer e como consegue. Entende-se um fenômeno pelo ângulo ou perspectiva que é abordado.

Como todo ser humano e todo profissional, o clínico precisa conhecer os seus limites. É a sua identidade. Caso contrário, ele se dilui, desaparece, perde sentido como um ser. O clínico não pretende atuar nas especificidades da saúde da mulher, da saúde da criança, das cirurgias, dos exames complementares, da saúde coletiva e das inúmeras subespecialidades. Ele busca uma interação; se um paciente fez uma cirurgia, quer saber das implicações e repercussões biopsicossociais para o indivíduo.

O clínico atua na saúde do adulto, de modo abrangente, abraçando qualquer tipo de problema ou situação, preocupando-se com a adequação dos cuidados (o indivíduo como um todo, individual e coletivamente, de modo efetivo,

eficiente e justo) bem com a sua integração (as várias ações em saúde, nos vários níveis).

A Clínica Médica trabalha e preserva a essência da Medicina. É fundamental ao clínico o desenvolvimento do método clínico, que se inicia no exame clínico e culmina com o raciocínio clínico e a abordagem do problema. O diagnóstico clínico – frequentemente esquecido, é ato inenarrável ao ser médico. E o clínico vive o método clínico em profundidade.

A visão do clínico é para o indivíduo, seus problemas, suas especificidades. Isso envolve um olhar ampliado, para todas as suas dimensões. Ensinar clínica é ensinar esse olhar. O ensino da Clínica Médica deve ser o ensino de uma atitude clínica que busca a integralidade da atenção, um antídoto à fragmentação do cuidado.

O ensino de Clínica Médica deve estar intencional e profundamente vinculado ao desenvolvimento da metacognição. Diante da grandeza, da importância e do grande volume de informações e de habilidades a se desenvolver, há sentimento de incompletude, de falta que persegue ao longo de toda a vida profissional do Clínico. Esta angústia não pode ser desorganizadora. Não pode confundir, nem desorientar. Muitos Clínicos, entretanto, desistem e param. Estagnam. Outros se limitam. Aprender gera tensão, pois envolve rever o pré-existente, o estável, o que é o Clínico. Aprender aproxima do novo, do desconhecido. Pode ser uma ameaça. Enfrentar o desconhecido é exaustivo e doloroso. Diante da grandeza da demanda, cabe ao aprendiz aprender a perceber seus limites e se ajustar, se programar e melhorar seu desempenho. Por isso é fundamental o desenvolvimento da competência metacognitiva. Reconhecer-se como aprendiz para aprender a aprender. Nesse processo é que se inicia também a formação e diferenciação do clínico; que é, frequentemente, importante na decisão, na escolha por uma área de atuação, por uma especialidade. O médico precisa desenvolver a habilidade de atualização crítica, perceber a grande influência da “indústria de produção de conhecimentos”, que se mistura com o poder, em geral e particular, e, promiscuamente, com interesses econômicos-financeiros. Deve desenvolver a reflexão de contexto, de pertinência das informações, dos conhecimentos disponíveis. No ensino de clínica, ao se realizar uma consulta, com todas as suas incertezas, o professor deve escancará-las para os alunos, produzindo uma vivência fundamental de incompletude, de limite, de incerteza e de insegurança. Essa experiência por si só já é grande aprendizado para a formação do médico, e em particular, do clínico.

Enfim, como afirma o professor Luiz Otávio Savassi Rocha, “*ser clínico, num tempo marcado por massacrante quantidade de informações, pela fragmentação do saber e pela hiperespecialização é, antes de tudo, uma atitude, uma postura, um modus faciendi*”.⁷

O CAMPO DE ATUAÇÃO DO CLÍNICO

O lugar ou papel do especialista em Clínica Médica na rede ambulatorial é bastante impreciso. A definição do nível de complexidade de uma doença, também função da competência de cada profissional e do contexto no qual ele trabalha. E esses aspectos são bastante variáveis, mesmo em ambiente onde se procura padronização. Um critério bastante razoável que definiria a necessidade do clínico poderia ser um paciente cuja abordagem seja feita por vários especialistas. Nessa situação, o clínico

assume o papel de coordenador do processo. Todavia, isso poderia ser feito pelo médico na APS. Como definir o ponto ou limite de atuação do médico de família e comunidade nessas situações, em saúde do adulto?

A pergunta seria então, alternativamente: “o que resta ao clínico?”

Em meio a tantas divisões, à especialização sem limites em todas as grandes áreas da Medicina, vê-se um afastamento dos pacientes e dos médicos em relação ao médico com formação mais geral. Basta surgir um novo método, propedêutico ou terapêutico, ou uma máquina para se ter um médico se limitando à sua aplicação.

O clínico tem espaço mais definido nos hospitais, onde atuam nos cuidados intermediários, os internistas, ou nos cuidados intensivos, os intensivistas. Mas e fora do hospital? Como estão os clínicos no nível ambulatorial?

Não há campo razoável para a prática do clínico no nível ambulatorial. Os próprios médicos, os pacientes e os gestores do sistema público e do privado não reconhecem o valor (a importância) do clínico. Observa-se que tanto os pacientes quanto os médicos na APS diante do adulto com um transtorno mais complexo solicitam a participação de outro especialista clínico, como o cardiologista, o reumatologista ou o endocrinologista, sem a referência prévia de um clínico – o especialista em Clínica Médica. Em relação a uma criança, entretanto, na maioria das vezes, se refere inicialmente ao pediatra.

O clínico é mais frequentemente lembrado e acionado quando um paciente tem uma doença sistêmica, sendo assistido por inúmeros especialistas, sem qualquer coordenação. Essa fragmentação é o marco, a regra atual da assistência no sistema suplementar de saúde. No sistema público, o médico de família e comunidade (MFC) ou o médico atuando na APS frequentemente não tem como e não deve abordar, sob a perspectiva da doença (biológica), situações clínicas (saúde do adulto) sistêmicas com maior grau de complexidade e as situações ou doenças menos prevalentes. Isso porque a sua prática já tem espectro razoável, envolvendo saúde da mulher, da criança, do adulto (inclui idoso) e também a saúde coletiva, todos com foco na promoção, prevenção e reabilitação. E em todas essas, a abordagem prioriza as doenças ou transtornos mais prevalentes. Aprofundar ou verticalizar a sua prática gera distorções, que podem inviabilizá-la e/ou torná-la ineficaz e ineficiente. Perde-se tempo e dinheiro, seja na formação profissional ou no uso racional dos recursos.

Por conseguinte, o especialista em Clínica Médica, cada vez menos encontrado, poderia e deveria ter papel fundamental na rede de cuidados (matriciamento), onde seria um primeiro apoio para a saúde do adulto na APS (sistema público). Existem algumas iniciativas nesse sentido: a teleconsultoria, espaço próprio para o clínico, como “porta de entrada” para o sistema de consultoria (como a Telessaúde da UFMG). Todavia, o clínico atualmente na APS parece ser um médico em transição, a ser extinto, um resíduo do modelo antigo de mosaico, constituído pelo clínico geral, pediatra e ginecologista. Também no sistema privado, o clínico poderia reduzir a fragmentação do paciente e os custos econômicos oriundos da lógica de mercado, do sistema capitalista, onde se remunera por procedimento, que tem seu valor

ponderado pelo capital agregado a eles. Mas não é o que ocorre hoje.

A QUESTÃO DO VALOR

Para a sociedade, sejam leigos ou administradores (instituições) de saúde, público ou privada, o especialista é melhor que o médico geral e, portanto, é mais valorizado. Isso é bem controverso, uma vez que o especialista não amplia o conhecimento da medicina, mas o restringe, verticaliza, dá foco.

O que deveria ser observado é o acréscimo efetivo de riqueza social na formação do profissional. O tempo dedicado e a necessidade social são dois parâmetros importantes. Mas o que conta na lógica do mercado é que as áreas mais gerais têm pouco valor de troca, pois envolvem ou contêm menos capital, o lado forte da troca. Elas são constituídas preponderantemente pelo “trabalho”, que se apropriou do conhecimento (riqueza) social. Ou seja, a formação adicional em áreas clínicas, especialmente as mais gerais, como a Medicina de Família e Comunidade e a Clínica Médica, envolvem incorporação menor de riqueza controlada pelo capital. E no mercado essa riqueza nova, criada pelo trabalho, tem baixo valor de troca, baixa remuneração, e acaba sendo apropriada pelo capital, concentrando riqueza. É comum o discurso de que o médico no mercado se transforma em vendedor especializado. Mas isso é outra conversa.

De qualquer modo, na história da Medicina houve avanços científico-tecnológicos indiscutíveis. Mas certamente houve aumento desproporcional nos custos econômicos. Há grande desperdício da riqueza social e a medicina passa a fazer parte do processo de acumulação de riqueza do sistema capitalista. Vê-se a desorganização na prática médica, que desorienta o paciente e aumenta os custos da assistência, pelo uso excessivo da tecnologia e mesmo pelo excesso de médicos, ou melhor, de médicos desnecessários. Há fragmentação excessiva em especialidades e subespecialidades, uma “coisificação” das relações humanas, onde o médico ao se relacionar com outro como se esse fosse um objeto, acaba também por se reduzir a um objeto. A relação interpessoal perde qualidade. Falta o médico que dialoga, escuta, que realiza o “exame clínico”, que o paciente trata como pessoa, que não se comporta como técnico atrás da máquina.

Há o discurso que o médico clínico com formação mais geral é necessário e deve ser valorizado. Entretanto, entre os próprios médicos, esses clínicos são os que não conseguiram, não conquistaram posições melhores na hierarquia profissional – “escolheram mal, estudaram pouco, foram pouco competitivos”. Esse senso comum faz com que os recém-egressos da graduação busquem as especialidades com mais valor de mercado, de troca. A maioria dos médicos recém-formados, por livre escolha, não optam pela Clínica Médica, o que resulta em diminuição progressiva do número de médicos nesta área.

Essa resistência à Clínica Médica também está de acordo com a reserva de mercado por parte das especialidades focais, cuja demanda oriunda de necessidade real e efetiva é bem limitada. Países com sistema de saúde público de cobertura universal e APS forte, como o Canadá, buscam adequação da formação e atuação das especialidades às necessidades da população e protegem as especialidades mais gerais, garantindo treinamento (residência médica) voltado para este contexto.

Portanto, sem valor e sem mercado, o clínico tem se tornado cada vez menos comum. E isso gera uma dificuldade: na formação médica há escassez de professores com sólida formação em Clínica Médica. A maioria dos professores de nossas Faculdades é de especialistas, o que, sob a perspectiva da formação mais geral e equilibrada, é agravado pelo fato da valorização desses docentes ser mediada principalmente pela produção científica. Ou seja, os professores são especialistas com foco ainda mais restrito em sua área de atuação. E esses professores são modelos para os alunos, com suas ideias, valores, atitudes e comportamentos. Atualmente, podemos afirmar com perplexidade e temor que o ensino do “ser clínico” e do “método clínico” está desaparecendo. É exceção na formação do médico.

No Brasil, as diretrizes curriculares nacionais do curso de Medicina estabelecem que o curso possui terminalidade em si mesmo.⁸ Em países europeus essa visão desde a década de 1970 não se trabalha com a terminalidade, sendo necessário pelo menos três anos de residência médica para os médicos poderem atuar nos países que constituem a União Européia.

A questão da “terminalidade” também explica o pouco valor do clínico. Também por ela, o clínico perde prestígio, valor social, pois até recentemente, entendia-se que a terminalidade objetivava a formação do “clínico geral”. Isso reforça a crença de que todos os egressos sejam clínicos, o que é um equívoco, pois os egressos são médicos ainda sem uma especialização.

Ainda dentro dessa perspectiva do valor, é interessante comentar que no sistema privado a população frequentemente escolhe o cardiologista como o seu clínico, pois ele é reconhecido como especialista importante, que lida ou tem controle de um órgão nobre, o coração. E objetivamente, para ser cardiologista, o médico faz antes especialização em Clínica Médica, um pré-requisito.

A PÓS-GRADUAÇÃO

O surgimento da Clínica Médica como especialidade foi a resposta de valorização do método clínico, em função de sua desvalorização em meio a tanta tecnologia na Medicina. A ideia era colocar a Clínica Médica no mesmo patamar que as demais especialidades. Esse processo ocorreu primeiramente em vários países, como a Alemanha, Inglaterra e Estados Unidos. Assim, pela própria história da Medicina, a Clínica Médica surgiu como especialidade com foco hospitalar, pois o modelo ainda era hospitalocêntrico.

Em esse contexto, os programas de residência médica em Clínica Médica têm forte conteúdo hospitalar, ocupando a maior parte de seu tempo em atividades hospitalares, como descrito pela CNRM. Quando se tenta estabelecer as competências do especialista em Clínica Médica atuando no nível ambulatorial, observa-se que é comum ocorrer a superposição com o especialista em Medicina de Família e Comunidade no tocante à saúde do adulto. Por exemplo, veja duas das competências do especialista em Clínica Médica segundo o professor Rezende JM: “tratar, em regime ambulatorial ou hospitalar, os casos mais simples, de ocorrência frequente, que não necessitam da participação de outros especialistas; e, “encaminhar os casos mais complexos para serviços especializados, de acordo com a afecção detectada ou a hipótese diagnóstica mais provável”.¹ É como se inexistisse um campo de atuação fora do hospital para o clínico. O que é lamentável e não atende aos interesses da sociedade.

Poderia esse limite ser estabelecido, como já assinalado, por intermédio de nível de complexidade intermediária, que definiria o paciente da alçada do clínico. Também seria papel do clínico a abordagem coordenada de pacientes com repercussões sistêmicas de doenças. Isso é importante para a organização do fluxo de encaminhamento adequado dos pacientes, em função da abrangência da atividade do médico na APS, devido a fato de se não tem o especialista em Clínica Médica, a referência é feita diretamente para os demais especialistas. O especialista em clínica médica deve ser, na maioria das situações, a primeira linha de apoio médico à APS em saúde de adulto, pois tende a ter uma prática menos dependente da tecnologia, fazendo uso mais racional da propedêutica e terapêutica ajustada à visão prática ampliada.

A realidade é que poucos clínicos, especialistas em Clínica Médica, atuam total ou quase exclusivamente no nível ambulatorial. Não há espaço (mercado) para esse especialista clínico sem hospital. Então, sem mercado e com remuneração menor, acoplada à grande intensidade de trabalho e estudo, além de pior qualidade de vida, a maioria desiste de sua atuação em clínica Médica, atitude que é tomada de forma precoce em sua vida profissional. Observa-se que a residência de Clínica Médica serve apenas como passagem para outras especialidades, devido a constituir-se em pré-requisito para a maioria das demais Residências Médicas clínicas. Mas isso também está mudando.

Com a lei do Programa Mais Médicos (Lei n 12871, de out/13), a especialização em Medicina de Família e Comunidade (MFC) tenderá a ocupar esse lugar, pois ela passará ser pré-requisito para quase todas as residências médicas, inclusive especialidades não-clínicas. Os programas de Residência Médica de acesso direto serão o de Medicina Geral de Família e Comunidade e outros dez: Genética Médica; Medicina do Tráfego; Medicina do Trabalho; Medicina Esportiva; Medicina Física e Reabilitação; Medicina Legal; Medicina Nuclear; Patologia; e Radioterapia. Alguns programas de Residência Médica terão apenas o primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade como obrigatório para o ingresso: Medicina Interna (Clínica Médica); Pediatria; Ginecologia e Obstetrícia; Cirurgia Geral; Psiquiatria; Medicina Preventiva e Social. Nos demais programas serão necessários um ou dois anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, conforme disciplinado pela CNRM.

Assim, aos poucos, a especialização de Medicina Geral de Família e Comunidade ocupa o “espaço” da Clínica Médica na estruturação da pós-graduação ou especialização.

Deve-se ainda considerar que nos países com sistemas de saúde universais e Atenção Primária estruturada, como Inglaterra, Canadá e Holanda, a Clínica Médica não é porta de entrada ou pré-requisito do sistema porque ela ocorre em ambiente hospitalar com pacientes já tendo passado por algum filtro ambulatorial. Ou seja, definem que a Clínica Médica é do ou para o hospital. O ensino dessa atitude ou modo de ser clínico e do método clínico fica, portanto, restrito ao ambiente hospitalar. Mas isso não encerra em si uma contradição? Pois no hospital espera-se mais intervenção ou procedimentos invasivos, mais utilização intensiva e extensiva da tecnologia, menos autonomia do paciente.

Nesses países, é o médico de família que se coloca como porta de entrada. Seria então fundamental na formação desse médico um foco maior para essas características tão imprescindíveis à sociedade. É importante observar que se espera que os programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade contemplem especificidades do SUS, como as atuações na área de Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação Popular em Saúde, Saúde Coletiva e Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida. Pela amplitude provavelmente não há espaço para se desenvolver ao longo dessa trajetória uma formação clínica sólida.

CONCLUSÃO

Por tudo isso, o clínico, especialista em Clínica Médica, atualmente com atuação mais restrita ao hospital precisa alargar seu campo de atuação. Ele deve se inserir de modo sistemático na rede de assistência ambulatorial, como referência do médico de família e comunidade para os pacientes com problemas sistêmicos cuja complexidade, especialmente a biológica, vai além dos objetivos da Atenção Primária. Dessa forma, ele contribuirá para a redução da fragmentação da pessoa e uso excessivo de tecnologia. Nesse processo ressalta-se a importância do clínico na rede de apoio à distância, como na telessaúde. O modo de “ser clínico” e o método clínico são fundamentais para a formação do médico, pois contemplam atitudes e comportamentos diante da incerteza, da incompletude, do limite, da complexidade e do transitório; estimulam prontidão para aprender e escutar – a olhar largo, ampliado; estimulam a prática reflexiva tão necessária para a educação permanente e o desenvolvimento da sua experiência ou perícia (*expertise*).

REFERÊNCIAS

1. Rezende JM. História da Medicina. Trajetória da Clínica Médica e suas perspectivas. Palestra. [Internet]. 1998. Disponível em <http://www.jmrezende.com.br/clinicamedica.htm>.
2. Houaiss A, Salles M. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 2001.
3. Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. 1986.
4. Dicionário Médico Ilustrado Dorland. 28ª Ed. Tradução de Oliveira N G. São Paulo: Editora Manole Ltda. 1999.
5. Gusso GDF, Bensenor IJM, Olmoz RD. Terminologia da Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Educ Med. [Internet]. 2012; 36 (1): 93-99. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a13v36n1.pdf>.
6. A Medicina e sua História. Ed. Melo JMS. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed de Publicações Científicas (EPUC), 1989. 207 p.
7. Rocha, LOS. Ser Clínico. [Internet]. 2012. Disponível em <http://site.medicina.ufmg.br/clm>.
8. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. [Internet]. 2014. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/>