

Pesquisa qualitativa em medicina de família e comunidade: a importância do olhar generalista

Qualitative research in family and community medicine: the importance of generalist gaze

Investigación cualitativa en medicina familiar y comunitaria: la importancia de la mirada generalista

Armando Henrique Norman¹ 

¹ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC.

Resumo

Os contextos históricos e sociais de cada país moldam a pesquisa, os serviços e a qualidade de formação dos profissionais na área da saúde. Assim, a especialização é fruto desses processos e a pesquisa reflete cada campo de atuação. Este ensaio explora três pontos sobre a pesquisa em Medicina de Família e Comunidade (MFC), a saber: (a) a pesquisa e a formação específica em MFC, em que se questiona a necessidade de investigar o valor da MFC; (b) o olhar generalista que se faz necessário para orientar a pesquisa nessa área do conhecimento médico; e (c) a pesquisa qualitativa como metodologia mais adequada para a análise desse campo de conhecimento médico. Essa linha de pesquisa é a que melhor contribui na investigação das especificidades da MFC e a sua importância para o cuidado em saúde. Portanto, para navegar no contexto complexo da atenção primária à saúde (APS), os princípios filosóficos da MFC deveriam nortear tanto as atividades acadêmicas e programas de residência como as iniciativas de pesquisa em MFC.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde; Epistemologia; Pesquisa; Educação Médica.

Abstract

The historical and social contexts of each country shape the research, services, and the quality of professional training in healthcare activities. Thus, medical specialisation is the result of these processes and the research reflects each field of interest. This essay explores three points on Family and Community Medicine (FCM) research, namely: (a) research and specific training in FCM, which questions the need to investigate the value of FCM; (b) the generalist gaze that is necessary to guide research in this area of medical knowledge; and (c) qualitative research as the most appropriate methodology for analysing this field of medical knowledge. This line of research is the one that best contributes to the investigation of the specificities of FCM and its importance for health care. Therefore, in order to navigate the complex context of primary health care (PHC), the philosophical principles of the FCM should guide both academic activities and residency programmes, as well as research initiatives in FCM.

Keywords: Family Practice; Primary Health Care; Epistemology; Research; Education, Medical.

Como citar: Norman AH. Pesquisa qualitativa em medicina de família e comunidade: a importância do olhar generalista. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2659. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2659](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2659)

Autor correspondente:
Armando Henrique Norman.
E-mail: ahnorman@hotmail.com
Fonte de financiamento:
não se aplica.
Parecer CEP:
não se aplica
Procedência:
não encomendado.
Avaliação por pares:
externa.
Recebido em: 01/08/2020.
Aprovado em: 25/03/2021.



Resumen

Los contextos históricos y sociales de cada país configuran la investigación, los servicios y la calidad de la formación profesional en las actividades de salud. Así, la especialización médica es el resultado de estos procesos y la investigación refleja cada campo de actuación. Este ensayo explora tres puntos en la investigación de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC), a saber: (a) investigación y formación específica en MFC, que cuestiona la necesidad de investigar el valor de MFC; (b) la mirada generalista necesaria para orientar la investigación en esta área del conocimiento médico; y (c) la investigación cualitativa como la metodología más adecuada para analizar este campo del conocimiento médico. Esta línea de pesquisa es la que mejor contribuye a la investigación de las especificidades de la MFC y su importancia para el cuidado de la salud. Por lo tanto, para navegar en el complejo contexto de la atención primaria de salud (APS), los principios filosóficos de la MFC deben guiar tanto las actividades académicas y los programas de residencia, así como las iniciativas de investigación en MFC.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria; Atención Primaria de Salud; Epistemología; Investigación; Educación Médica.

Introdução

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) necessitou de uma reestruturação devido a ascensão da medicina hospitalar e da especialização progressiva dos médicos. Esse processo envolveu vários questionamentos ao paradigma biomédico¹. Assim, surgiram diversas concepções - ou modelos - que passaram a orientar a MFC: o modelo biográfico de Balint no início dos anos 1950;² o biopsicossocial de Engel;³ o conceito de modelo explanatório de Kleinman no final dos anos 1970;⁴ o organísmico de McWhinney no início dos anos 1980;⁵ e, mais recentemente, o “modelo quântico” de Neighbour, em 2016⁶. Tanto no Reino Unido como na América do Norte, houve um processo de fortalecimento da especialidade em torno do que se convencionou chamar de holismo: uma medicina centrada na pessoa (biográfica), no seu contexto familiar e comunitário.

A abordagem holística da MFC marca um distanciamento do pensamento reducionista e mecanicista da biomedicina. Entretanto, na década de 1990 a medicina baseada em evidência (MBE) gradativamente passou a ser o denominador comum a unificar os discursos, saberes e práticas dos médicos, i.e. um novo modelo de se fazer e ensinar medicina⁷. É a partir dela que surgem os *guidelines* que ditam as condutas nas práticas médicas sob o selo do *Best Practice Medicine*. Harrison⁸ denomina esse tipo de medicina de científico-burocrática: científico porque parte dos resultados empíricos dos estudos e burocrática porque esses resultados se convertem em regras a serem seguidas. Essa medicina científico-burocrática é quem sustenta as formas indutoras de adesão aos protocolos por meio de incentivos financeiros, os chamados pagamentos por desempenho (PPD). Por exemplo, o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) é quem chancela a qualidade de um dos maiores esquemas de PPD do mundo, conhecido como *The Quality and Outcomes Framework (QOF)*⁹. Assim, o espaço definidor da MFC - as relações com pacientes, famílias e comunidade - passou progressivamente a um segundo plano. É a partir dessa tendência histórica e social que o presente ensaio problematiza o tema da pesquisa e sua importância para a medicina de família.

Pesquisa e formação específica em MFC

No processo de redemocratização do Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi concebida para os estratos sociais mais vulneráveis. Assim, as exigências de qualidade de formação para se atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF) são flexíveis e plurais. Na Europa e na América do Norte os padrões

sociais tornaram a residência médica compulsória para se exercer a profissão médica em qualquer uma de suas áreas. Portanto, são os marcos civilizatórios de cada sociedade que determinam as exigências profissionais e a qualidade dos serviços em saúde que se quer ofertar à população.

A formação em MFC tem como padrão-ouro a residência médica que é, fundamentalmente, um treinamento em serviço. A competência formativa de cada programa está intrinsecamente relacionada com a qualidade dos seus serviços. Todos os programas de residência estão sob a influência das estruturas, processos e resultados que os serviços oferecem à comunidade. Ou seja, não é possível pensar qualquer processo formativo de residentes descolado da realidade dos serviços. Desse modo, a heterogeneidade na qualidade dos serviços de APS reflete-se no perfil de formação dos MFCs no Brasil.

Cada cenário de prática estabelece, em boa parte, as competências técnicas e atitudinais do profissional que se quer formar. Para a maioria dos programas de residência nas especialidades focais (centradas em determinados órgãos, sistemas, tipos de doença, tecnologias ou faixas etárias), o tripé estrutura-processo-resultado é suficiente para uma boa formação.

Nesse sentido, é no mínimo intrigante querer pesquisar o valor e a importância do MFC para os sistemas de saúde¹⁰, ou seja, se a formação padrão-ouro (residência médica) faz a diferença nos cuidados em APS. Esse tipo de pesquisa equivale a questionar a justificativa de que médicos precisam ser especialistas em cuidados intensivos para trabalhar em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) ou que cardiologistas são os especialistas qualificados para atuar em unidades coronarianas, e assim por diante. Porque os MFC necessitam provar seu valor por meio de pesquisa? Talvez esse seja um viés histórico e social que ainda assombra a especialidade da MFC. Cada contexto profissional requer um profissional especialista naquele campo de atuação. A validação não é pela pesquisa, mas pelas necessidades sociais. O treinamento em serviços (residência médica) aumenta a segurança para a população assistida e a qualidade dos serviços oferecidos. Por isso, primeiramente devem ser delineados os conhecimentos, habilidades e atitudes dos currículos de cada programa de residência¹¹. Didaticamente, pesquisa seria a *posteriori*.

A APS necessita de profissionais que entendam sua lógica própria e que tenham as competências exigidas para atuar em um espaço de trabalho que inclui: (a) alto grau de indeterminação; (b) grande autonomia dos pacientes; (c) população não selecionada ou referida; (d) multimorbidades; (e) tecnologias da informação; (f) vigilância em saúde; (g) contexto comunitário (cultura, sociedade) e (h) lógica do saudável e da promoção da saúde, além de um enfoque nas pessoas e não em patologias. É a complexidade da APS que deve moldar os processos formativos. Assim, o foco da pesquisa em MFC não está em mensurar seu desempenho na APS e sim em mostrar a sua especificidade no cuidado clínico-assistencial.

O foco da pesquisa em MFC deveria destacar especificidades desse *locus* de atuação e sua potência interventiva para a saúde dos pacientes. Para isso é necessário um cuidado epistemológico na formação que induza a um processo reflexivo sobre a prática.⁵ Roger Neighbour¹² alega que uma estrutura mental (*mindset*) é o que, em última análise, caracteriza esse profissional da APS, isto é, o olhar generalista.

O olhar generalista

A ciência contemporânea afirma que toda realidade é material ou física. A consciência é entendida como um epifenômeno da atividade físico-química do cérebro. A evolução não tem propósito¹³. Esse entendimento permeia o modelo biomédico no qual o corpo humano é concebido como uma máquina.

Quando essa máquina não está em bom funcionamento requer um especialista em um de seus componentes. Os especialistas focais são os *experts* das partes e componentes da máquina humana⁵. O médico de família é, portanto, uma “aberração”, porque resiste à hegemonia do modelo mecanicista e reducionista do fenômeno saúde/doença. O MFC é um generalista. Ele não tem um determinado segmento do conhecimento médico (parte do corpo ou uma tecnologia) que o define¹⁴.

São os fatos concretos da prática generalista que forçam e demandam a superação do modelo mecanicista/positivista da biomedicina. McWhinney faz um contraponto em relação a esse modelo. Para o autor, o aprofundamento da epistemologia da MFC requer uma crítica às abstrações da ciência¹⁵. No caso da medicina, as abstrações são as doenças. Elas servem como construtos teóricos que ordenam abordagens frente ao complexo binômio saúde/doença. Um dos teóricos utilizados por McWhinney nessa crítica foi Alfred North Whitehead¹⁶. Matemático, físico e filósofo britânico, Whitehead, assim como Einstein, foi um dos expoentes da física quântica e da teoria da relatividade¹³. O Quadro 1 ilustra a concepção orgânica do universo de Whitehead em oposição ao pensamento materialista da ciência.

Os conceitos e concepções da MFC não negam a potência e a utilidade dos construtos teóricos da biomedicina. Porém, na sua cosmovisão o MFC não deve aceitar que fenômenos complexos como a vida, a consciência e a autoconsciência sejam derivados da matéria, i.e., apenas epifenômenos emergentes. Para McWhinney, existem sutilezas intransponíveis entre esses níveis hierárquicos. O grau de complexidade expande enormemente com a dimensão da família, da comunidade e suas diferentes esferas sociais com seus “*looping*” de retroalimentação entre os níveis distintos do sistema⁶. Assim, McWhinney questiona como fenômenos mentais podem ser interpretados a partir das lentes da biomedicina, que reduzem os sofrimentos existenciais a desequilíbrios de monoaminas cerebrais¹⁵?

Quadro 1. Diferenças entre a concepção científico-orgânica e científico-materialista.¹⁶

Concepção científico-materialista	Concepção científico-orgânica
<p>Persiste, no entanto, durante todo o período uma cosmologia científica fixa que pressupõe que o fato final de uma matéria bruta irreduzível ou material, se espalha pelo espaço em um fluxo de configurações. Ele apenas faz o que faz, seguindo uma rotina fixa imposta por relações externas que não brotam da natureza de seu ser. É essa suposição que chamo de “materialismo científico”. Além disso, é uma suposição que questiono como totalmente inadequada à situação científica em que chegamos atualmente (p.17).</p> <p>As grandes forças da natureza, como a gravidade, são inteiramente determinadas pelas configurações de suas massas. Assim, as configurações determinam suas próprias mudanças, de modo que o círculo do pensamento científico foi completamente fechado. Essa é a famosa teoria mecanicista da natureza, que reina suprema desde o século XVII. É o credo ortodoxo da ciência física. Além disso, o credo se justificou pelo teste pragmático porque ele funciona! (p. 50).</p> <p>O conceito de materialismo se aplica apenas a entidades muito abstratas; o produto do discernimento lógico (p.79).</p>	<p>Meu argumento é de que é necessário um estágio adicional de realismo provisório, no qual o esquema científico é reformulado e fundamentado no conceito final de organismo (p. 64).</p> <p>O defeito do esquema científico do século XVIII é que ele não fornece elementos que compõem a experiência psicológica imediata da humanidade. Tampouco fornece algum traço elementar da unidade orgânica de um todo, a partir do qual o orgânico une elétrons, prótons, moléculas e corpos vivos (p.73).</p> <p>O conceito de ordem da natureza está ligado ao conceito de natureza como <i>locus</i> de organismos em processo de desenvolvimento (p.73).</p> <p>Entidades duradouras concretas são organismos, de modo que o plano do todo influencia os próprios caracteres de vários organismos subordinados que entram nele. No caso do animal, os estados mentais entram no plano do organismo total e modificam os planos dos sucessivos organismos subordinados até que os menores organismos, como os elétrons, sejam atingidos. Assim, um elétron dentro do corpo vivo é diferente de um elétron fora dele, em razão do plano do corpo [...] esse plano inclui o estado mental (p.79).</p>

Tradução feita pelo autor.

Para Whitehead¹⁶, um dos grandes erros do materialismo é compreender a forma, o objeto, a matéria como elementos concretos, reais e fundamentais do universo. Entretanto, tudo na natureza está em um fluxo constante, em um estado incondicional de mudança. Não existe matéria atemporal. Todos os “objetos físicos” são, na verdade, processos que possuem um tempo dentro de si mesmos. Ou seja, possuem uma duração interna. De acordo com a física quântica tudo é onda vibracional. Os processos vibracionais não podem ser instantâneos¹³. Por exemplo, geralmente se concebe a relação entre corpo e mente em termos espaciais. A mente se referindo ao mundo interior e a matéria ao mundo exterior. Na visão materialista da biomedicina, a mente está formalmente aprisionada dentro da caixa craniana, no encéfalo. Para fora se localiza o corpo e o mundo exterior. Rupert Sheldrake¹³ utiliza o pensamento de Whitehead para explicar que a mente e a matéria se relacionam com o tempo e não com o espaço. A consciência ou o “experimentador” abriga os polos: (a) físico, enquanto passado (“memória”); e (b) mental, enquanto possibilidades (futuro). Esses dois polos estão situados no presente, isto é, no agora. “Agora sujeito, depois objeto” (*apud* Whitehead). Com base nesses conceitos, Sheldrake afirma¹³:

A experiência é sempre “agora” e a matéria é sempre “passado”. O elo do passado com o presente é a causalidade física, como na física comum, e do presente com o passado é o sentimento, ou, para usar o termo técnico de Whitehead, “preensão”, que significa literalmente, apreensão ou captura (p. 216).

A realidade é composta de eventos em processo que informam cada evento seguinte, que requer um ser consciente que sinta entre o agora, os eventos passados e a infinita potencialidade (futuro); isto é, ressentir (passado), sentir (presente), pressentir (futuro). Portanto, a realidade é um momento de experiência que se renova a todo instante se materializando em passado e abrindo possibilidades infinitas de futuro, i.e. um novo sujeito da experiência¹³.

Essa cosmovisão deveria “colorir” as lentes do MFC em cada encontro clínico. Ela permite que se flexibilizem os modelos explanatórios de modo a compatibilizar o contexto e as demandas por cuidado dos pacientes. Também favorece incorporar outras racionalidades médicas e saberes que possam ser terapêuticos e promovam o autocuidado¹⁷. Isto é particularmente importante no cuidado em saúde mental em que o modelo biomédico é inadequado a uma abordagem centrada na pessoa¹⁸. Portanto, a cosmologia da MFC deveria ser distinta daquela da medicina hospitalar e necessitaria ser aprofundada por meio de pesquisas que explorem o universo da MFC e da APS.

Pesquisa qualitativa em MFC

Diante das peculiaridades da APS e da epistemologia da MFC, a pesquisa nesse campo do conhecimento permite vários recortes. Alguns deles buscam medir, comparar e quantificar o que é produzido na APS de um modo mais alinhado ao saber biomédico. Esses estudos são muito importantes. Por exemplo, medir o impacto da ESF na redução de causas sensíveis de internação ou o impacto na redução da mortalidade infantil¹⁹. Entretanto, as equipes de ESF desenvolvem muitas outras atividades que, a princípio, não têm impacto direto sobre os indicadores de saúde. Pode-se afirmar que muito da atividade do MFC é invisível, não é “mensurável” e não tem valor estatístico para a saúde pública. São as “trivialidades” que as pessoas trazem para o dia-a-dia da APS, tais como, gripes, resfriados, cistites,

corrimentos vaginais, os vários tipos de dores, unha encravada, rolha de cerume, o medo da morte ou de uma doença grave, sintomas não explicados pela biomedicina, angústia de uma doença séria, dificuldades econômicas, conflitos sociais, psicológicos e crises existenciais, luto, choro²⁰, etc. A lista é extensa! Ivan Illich²¹, ao falar para os MFCs britânicos, afirma que a satisfação da prática do MFC está na sua função pastoral ou logoterápica:

Você orienta os pacientes a substituírem o Valium® prescrito por um colega pelo chá de camomila. Você conversa com eles para fazê-los abandonar os cigarros, controlar sua raiva ou rirem de si mesmos quando comem demais [...] Você gasta seu tempo para ajudar o paciente a perceber o que ou quem está doente para ele. Talvez você vá além e ouça o paciente; a sensação de ter encontrado alguém que o escuta por meia hora é o ingrediente que cura (p. 464).

Neighbour¹² afirma que o olhar do generalista deve funcionar como uma lente *zoom* bi-direcional que olha para si e para o outro. Adicionalmente, ele tem a possibilidade e a necessidade de ajustar constantemente o foco, tanto para ver o detalhe (lente macro) como para ver o contexto (lente grande angular). Se esse olhar for transposto para a pesquisa, abre-se a possibilidade de estudos que levem em consideração a prática da MFC e os matizes do cuidado na APS. Os estudos qualitativos são bem apropriados a essa tarefa. Eles são particularmente adequados para responder às perguntas do tipo “Como acontece?”. Eles se assemelham às perguntas abertas na entrevista clínica, em que se está explorando o universo do paciente, em vez de “Quantos?”, “Quanto?” ou “Com que frequência?” Esse tipo de pergunta dos estudos quantitativos tem um paralelo com o momento mais centrado no médico durante a entrevista clínica. Assim, os estudos qualitativos fornecem alternativas válidas para analisar as estruturas e os processos nas dimensões organizacionais e assistenciais da APS. Essas dimensões afetam não somente o usuário do sistema, mas também os trabalhadores dos serviços de saúde. As vantagens dos estudos qualitativos incluem: (1) Adoção da perspectiva das pessoas estudadas; (2) Descrição do cenário do estudo; (3) Ênfase no contexto e no holismo; (4) Ênfase no processo; (5) Flexibilidade de *design* do estudo; e (6) Relutância em impor estruturas *a priori* às pessoas ou configurações que estão sendo estudadas²².

O estudo qualitativo requer um olhar para dentro, reflexivo, visto que são inevitáveis as influências dos pressupostos teóricos do pesquisador no processo de seleção e interpretação dos achados da pesquisa. Esse processo também ocorre na observação dos fenômenos estudados. Ao contrário dos estudos quantitativos, que buscam isolar o objeto do contexto e suas relações causais, as metodologias qualitativas valorizam a complexidade, a natureza processual e dinâmica das interações sociais. Enfatizam, portanto, um processo longitudinal e flexível com progressiva focalização em relação ao fenômeno de interesse²². McWhinney⁵ sugere a fenomenologia, também conhecida como hermenêutica, como um ramo de pesquisa adequado para a MFC. É uma pesquisa qualitativa em que a intersubjetividade permite alcançar outros entendimentos sobre os fenômenos estudados. Ela possui seus próprios modos de verificação por meio da concordância intersubjetiva entre pesquisadores e participantes da pesquisa. Permite expandir o conhecimento sobre pensamentos, sentimentos e sensações daqueles que exercem e sofrem as ações de cuidado em saúde.

Já a pesquisa sócio-construtivista enfatiza a natureza social do conhecimento e do saber e, assim, desafia uma perspectiva mais positivista. São as interações coletivas de grupos e sociedades que produzem o conhecimento¹⁸. O artigo *The Quality and Outcomes Framework: body commodification in UK general practice*, ilustra esse ponto²³. Trata-se de uma etnografia sobre o pagamento por desempenho

enquanto biotecnologia em saúde implementada nacionalmente no Reino Unido. Geralmente, os estudos qualitativos têm maior dificuldade em generalizar seus resultados. Por exemplo, se o enfoque fosse dado as percepções (ou seja, um olhar fenomenológico particular), ficaria mais difícil uma validação externa desses achados em se tratando de uma metodologia qualitativa. No entanto, o estudo evidenciou um novo fenômeno socialmente produzido pelo PPD britânico: o processo de mercantilização dos corpos. Poucos estudos haviam documentado com tanta riqueza de detalhes os desvios éticos importantes em decorrência do pensamento gerencial em busca de metas a serem atingidas. Isso conduziu à uma monetarização da relação médico-paciente dentro do *National Health Service* (NHS) sem precedentes na história, em que os próprios pacientes não tinham conhecimento desse fato. Os critérios da MBE e do NICE foram flexibilizados para atender aos interesses do mercado. O *ethos* e a autonomia profissional foram afetados profundamente em determinados momentos. O PPD no Reino Unido induziu a um aumento do processo de medicalização do cuidado na APS. Adicionalmente, de acordo com pesquisas quantitativas, o PPD britânico não evidenciou a redução da mortalidade^{24,25}.

Conclusão

O valor da MFC emerge das relações sociais e históricas de cada sociedade e não dos resultados de pesquisa. No entanto, medir alguns dos impactos positivos do MFC pode ser útil diante das diversidades geográficas, sociais e culturais do Brasil. A prática da MFC não é um espaço quase-místico, inacessível e irreduzível à pesquisa, mas necessita de métodos e abordagens adequados ao seu contexto²⁶. Todavia, as pesquisas atuais estão sob grande influência dos valores e interesses da indústria farmacêutica e de biotecnologias²⁷. Esse setor não somente estabelece uma agenda “do que” e “o que” deve ser pesquisado, mas também influencia os órgãos de fomento à pesquisa²⁸. Assim, existe uma hegemonia da abordagem positivista e dos métodos quantitativos na biomedicina. Isso pode induzir a um alinhamento com essa corrente dominante de pesquisa para legitimar a MFC na sociedade, nos sistemas de saúde e na própria biomedicina.

Entretanto, este ensaio alerta para a importância dos princípios filosóficos da MFC na formação e na pesquisa, isto é, o olhar generalista. Ele representa apenas uma vertente dentro da MFC, com base nos clássicos da literatura que subsidia boa parte do conteúdo da comunicação clínica e de seus pressupostos filosóficos na relação com indivíduos, famílias e comunidades²⁹. É natural, portanto, que existam outros entendimentos sobre essas mesmas temáticas dentro do espectro formativo existente no Brasil. Independentemente da vertente ou recorte metodológico, os fundamentos da MFC deveriam guiar as pesquisas de modo a explicitar suas especificidades na arte do cuidado na APS brasileira.

Conflitos de Interesse

O autor declara não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

AHN gostaria de agradecer ao professor Charles Tesser pela leitura crítica da versão final do manuscrito e a Josane Norman pela revisão e correção ortográfica do texto.

Referências

1. Armstrong D. The emancipation of biographical medicine. *Soc Sci Med*. 1979;13:1-8. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0271-7123\(79\)90002-6](http://dx.doi.org/10.1016/0271-7123(79)90002-6) PMID: 551517 DOI: [https://doi.org/10.1016/0271-7123\(79\)90002-6](https://doi.org/10.1016/0271-7123(79)90002-6)
2. Balint M. The doctor, his patient, and the illness. *Lancet*. 1955;265(6866):683-688. doi:10.1016/S0140-6736(55)91061-8 PMID: 14354967 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(55\)91061-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(55)91061-8)
3. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* (80-). 1977;196(4286):129-136. doi:10.1126/science.847460 DOI: <https://doi.org/10.1126/science.847460>
4. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med Part B Med Anthropol*. 1978;12:85-93. doi:10.1016/0160-7987(78)90014-5 DOI: [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5)
5. McWhinney IR, Freeman T. *Manual de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed; 2010. <https://books.google.com.br/books?id=rn7JQgAACAAJ>.
6. Ramirez Jaco B, Norman AH. A filosofia da Medicina de Família e Comunidade segundo Ian McWhinney e Roger Neighbour. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2020;15(42):1991. doi:10.5712/rbmfc15(42)1991 DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)1991](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)1991)
7. Harrison S. The Politics of Evidence-based Medicine in the United Kingdom. *Policy Polit*. 1998;26(1):15-31. doi:10.1332/030557398782018293 DOI: <https://doi.org/10.1332/030557398782018293>
8. Harrison S, Moran M, Wood B. Policy emergence and policy convergence: the case of “scientific-bureaucratic medicine” in the United States and United Kingdom. *Br J Polit Int Relations*. 2002;4(1):1-24. doi:10.1111/1467-856X.41068 DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-856X.41068>
9. Norman AH, Russell AJ, Macnaughton J. The payment for performance model and its influence on British general practitioners’ principles and practice. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(1):55-67. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24627013>. Accessed April 16, 2014. PMID: 24627013
10. Jantsch AG. Pesquisa científica, atenção primária e medicina de família. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2020;15(42):2466. doi:10.5712/rbmfc15(42)2466 DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2466](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2466)
11. SBMFC. Currículo Baseado em Competências para para Medicina de Família e Comunidade. <https://www.sbmfc.org.br/noticias/sbmfc-divulga-curriculo-baseado-em-competencias/>. Published 2015. Accessed January 16, 2021.
12. Neighbour R. *The Inner Physician: Why and How to Practise “Big Picture Medicine.”* London: Royal College of General Practitioners; 2016.
13. Sheldrake R. Setting science free from materialism. *Explor J Sci Heal*. 2013;9(4):211-218. doi:10.1016/j.explore.2013.04.004 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.explore.2013.04.004>
14. McWhinney IR. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. *Br J Gen Pract*. 1996;46(408):433-436. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8776918>. PMID: 8776918
15. McWhinney IR. Family medicine as a science. *J Fam Pract*. 1978;7(1):53-58. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/670917>. PMID: 670917
16. Whitehead AN. *Science and the Modern World*. New York: Free Press; 1967.
17. Norman AH, Tesser CD. Following McWhinney’s footsteps: from family medicine to traditional and complementary medicine. *Interface Commun Heal Educ*. 2019;23. doi:10.1590/Interface.190036 DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190036>

18. Middleton H, Moncrieff J. Critical psychiatry: a brief overview. *BJPsych Adv*. 2019;25(1):47-54. doi:10.1192/bja.2018.38 DOI: <https://doi.org/10.1192/bja.2018.38>
19. Lermen Junior N, Norman AH. Medicina familiar y comunitaria y salud de la familia en Brasil: una estrategia para ofrecer atención primaria de salud para todos. *Medwave*. 2013;13(1).
20. Gérvas J, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M. Crying patients in General/Family Practice: incidence, reasons for encounter and health problems. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2012;7(24):171-176. doi:10.5712/rbmfc7(24)629 DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc7\(24\)629](https://doi.org/10.5712/rbmfc7(24)629)
21. Illich I. Medicalization and primary care. *J R Coll Gen Pract*. 1982;32(241):463-470. PMID: 6752403
22. Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, Watson P. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technol Assess*. 1998;2(16):iii-ix, 1-274. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9919458>. PMID: 9919458
23. Norman AH, Russell AJ, Merli C. The Quality and Outcomes Framework: body commodification in UK general practice. *Soc Sci Med*. 2016;170. doi:10.1016/j.socscimed.2016.10.009 PMID: 27764655 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.10.009>
24. Kontopantelis E, Springate DA, Ashworth M, Webb RT, Buchan IE, Doran T. Investigating the relationship between quality of primary care and premature mortality in England: a spatial whole-population study. *BMJ*. 2015;350(mar02_1):h904. doi:10.1136/bmj.h904 PMID: 25733592 DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.h904>
25. Ryan AM, Krinsky S, Kontopantelis E, et al. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. *Lancet*. 2016;388(10041):268-274. doi:10.1016/S0140-6736(16)00276-2 PMID: 27207746 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00276-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00276-2)
26. Lancet T. Is primary-care research a lost cause? *Lancet*. 2003;361(9362):977. doi:10.1016/S0140-6736(03)12837-1 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12837-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12837-1)
27. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N, Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*. 2014;348(17):g3725. doi:10.1136/bmj.g3725 PMID: 24927763 DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>
28. Kelly MP, Heath I, Howick J, et al. The importance of values in evidence-based medicine. *BMC Med Ethics*. 2015;16(1):69. doi:10.1186/s12910-015-0063-3 PMID: 26459219 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0063-3>
29. Anjum RL, Copeland S, Rocca E. Rethinking Causality, Complexity and Evidence for the Unique Patient: a causehealth resource for healthcare professionals and the clinical encounter. Cham: Springer International Publishing AG; 2020.