

A apologia das aptidões

ARMANDO BRITO DE SÁ*

«Imagine doing a sigmoidoscopy on Groucho Marx?» he'd said, "on Mae West, on Fay Wray, on Kong! On all those stars who think that the colon is filled with cologne."

Samuel Shem, *The House of God*, 1979

No último concurso de ingresso aos internatos complementares ficaram por ocupar 32,4% das vagas de medicina geral e familiar (MGF). As duas outras especialidades que apresentaram números apreciáveis de vagas desertas foram a medicina interna e a saúde pública. Tal não nos deve surpreender. A mesma tendência existe em países nos quais a MGF se encontra manifestamente mais desenvolvida que entre nós^{1,2}. Os motivos para a escolha de uma especialidade têm sido estudados em pormenor. Os factores de controle do estilo de vida, com particular relevo para os factores económicos, são consistentemente indicados como decisivos na escolha de uma especialidade³⁻⁵. No fundo, os alunos de medicina limitam-se a ecoar a percepção e expectativas que a sociedade de um modo geral tem da medicina e do acto médico. O prestígio médico advém incomparavelmente mais da realização de gestos concretos, mediados por instrumentação mais ou menos sofisticada, invasivos da integridade física do ser humano, do que de capacidades de diagnóstico clínico, comunicação, empatia e relação médico-doente. Os primeiros valem muito dinheiro e estatuto social; os segundos valem satisfação pontual e incentivos «para continuar a ser assim» mas, no final do dia, quando os pacien-

tes regressaram a casa e nos esqueceram até à próxima crise, ficamos só nós e a massagem no ego. É pouco, e os estudantes em todo o mundo compreendem isso. A evolução para a subspecialização da medicina interna é precisamente resultado deste fenómeno – cardiologia, gastroenterologia e diversas outras áreas autonomizaram-se da medicina interna com base nos procedimentos instrumentais que lhes dão o prestígio e o dinheiro, sobrando para a medicina interna uma imagem de cuidados residuais contra a qual os internistas lutam com manifesta dificuldade. Ser bom clínico, hoje, pouco vale aos olhos da sociedade.

Estão de algum modo identificados, por outro lado, alguns dos aspectos que atraem o futuro especialista para a MGF. Incluem-se entre esses a percepção da abrangência da MGF⁶, a vontade de trabalhar na comunidade e mais próximo das populações⁷, e o apoio dado pelas autoridades políticas e educativas à MGF⁸. Sabe-se ainda que a existência de figuras de referência no contexto do ensino pré-graduado e treino pós-graduado influencia as escolhas de especialidade⁹. Estes factores, contudo, não chegam para reverter o actual estado de coisas. Em Portugal, particularmente, uma vasta maioria de médicos de família não tem competência, incentivo, ou as duas coisas, para executar um conjunto de procedimentos técnicos que, noutras paragens, são prática corrente da MGF. A imagem muitas vezes transmitida de «especialistas da caneta» liquida qualquer veleidade de prestígio para a nossa especialidade. A única forma de inverter esta situação passa pela aquisição de competências técnicas concretas, de reconhecida utilidade e importância no âmbito dos cuidados de saúde primários. Pelas

*Director da Revista Portuguesa de Clínica Geral

suas características estes gestos são facilmente controláveis e incorporáveis em modelos de pagamento por acto, única modalidade de pagamento demonstravelmente viável para que a sua realização tenha significado¹⁰.

Neste momento, em que o Colégio de MGF discute o futuro programa da especialidade, é crucial a incorporação no currículo de gestos técnicos inovadores, incorporando técnicas que estão, até hoje, arredadas da nossa prática. No sítio do *National Procedures Institute* norte-americano¹¹ existem propostas suficientes sobre o que pode ser o âmbito da nossa intervenção. Argumentos do género «a nossa realidade é diferente da norte-americana», obviamente, não colhem – os bons exemplos são para ser seguidos. Outros autores têm vindo a sugerir a redução do tempo de estágio hospitalar na formação pós-graduada em MGF e a sua substituição pelo reforço de competências gestuais no âmbito dos cuidados primários¹². Esta é a altura para dar início a esse movimento. Não se espera, naturalmente, que todos os médicos de família efectuem todos os procedimentos técnicos – surgirá uma escolha natural por parte de uns e outros, influenciada pelo interesse pessoal e pelas necessidades locais, com referência cruzada para quem efectua os procedimentos. Não se está, deste modo, a fazer a defesa do modelo «especialóide», mas tão somente a reforçar as competências e o prestígio dos médicos de família.

Duas notas finais. A primeira para salientar a importância que a infecção pelo VIH tem à escala global, tornando a luta contra o VIH e a SIDA num dos objectivos da WONCA para o triénio que decorre. Essa a razão do Dossier que aqui se apresenta. A segunda nota, para marcar o súbito desaparecimento do

nosso colega Carlos Mendes Leal, cuja importância no desenvolvimento da nossa especialidade lhe garante desde já um lugar na sua história. Este foi, no tocante a perdas, um ano para esquecer, tanto quanto os desaparecidos nos ficarão para sempre na memória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sullivan P. Family medicine crisis? Field attracts smallest-ever share of residency applicants. *CMAJ* 2003; 168:881-2.
2. Pugno PA, McPherson DS, Schmittling GT, Kahn NB Jr. Results of the 2003 National Resident Matching Program: family practice. *Fam Med* 2003; 35: 564-72.
3. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. *JAMA* 2003; 290:1173-8.
4. Lawson SR, Hoban JD. Predicting career decisions in primary care medicine: a theoretical analysis. *J Contin Educ Health Prof* 2003; 23:68-80.
5. Thornton J, Esposto F. How important are economic factors in choice of medical specialty? *Health Econ* 2003; 12:67-73.
6. Jordan J, Brown JB, Russell G. Choosing family medicine. What influences medical students? *Can Fam Physician* 2003; 49:1131-7.
7. Bowman MA, Haynes RA, Rivo ML, Killian CD, Davis PH. Characteristics of medical students by level of interest in family practice. *Fam Med* 1996; 28:713-9.
8. Kutob RM, Senf JH, Campos-Outcalt D. Declining interest in family medicine: perspectives of department heads and faculty. *Fam Med* 2003; 35:504-9.
9. Elzubeir MA, Rizk DE. Identifying characteristics that students, interns and residents look for in their role models. *Med Educ* 2001; 35:272-7.
10. Leider PJ, Solberg R, Nesbitt T. Family physician perception of economic incentives for the provision of office procedures. *Fam Med* 1997 29:318-20.
11. Em URL <http://www.npinstitute.com/index.html> [acedido em 10/12/03].
12. Zweifler J. Why we should reduce family practice training to two years. *Acad Med* 2003; 78:885-7.