

Dimensões e singularidades da Medicina de Família e Comunidade

Dimensions and singularities of Family and Community Medicine

Dimensiones y singularidades de la Medicina Familiar y Comunitaria

Armando Henrique Norman^{1*}

A edição nº 24 da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) traz importantes temas a nossa reflexão, tanto para a Estratégia Saúde da Família (ESF) – quanto à sua efetividade e abrangência – como para a especialidade em Medicina de Família e Comunidade (MFC), visto que apresenta temas que nos distinguem de outras áreas da biomedicina. A primeira temática poderia ser definida enquanto o potencial da ESF para a produção de saúde no Brasil. Um exemplo é o artigo *Desempenho de indicadores nos municípios com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família no Estado de São Paulo* que destaca como alguns municípios desse Estado apresentam melhores resultados com relação aos indicadores pactuados, quando comparados com municípios que não expandiram a cobertura da ESF. A segunda temática resgata aspectos centrais da especialidade em MFC. Apesar da morte e sofrimento serem comuns a todas as especialidades médicas, na MFC, em particular, ela é problematizada na relação médico-paciente e nos programas de formação, como, por exemplo, na ferramenta *Ciclo de vida*¹. Nesta ferramenta, a morte se destaca como uma das crises normativas que marcam a existência, visto que nela se encerra o drama do sofrimento e da condição humana². Assim, o artigo *Crying Patients in General/Family Practice: incidence, reasons for encounter and health problems* resgata o potencial do MFC para ressignificar o sofrimento humano através do cuidado personalizado e longitudinal dos pacientes. Quais os significados das lágrimas? Estamos preparados para um aprofundamento nesta dimensão do cuidado? Esses matizes da profissão do MFC também se descortinam no caso clínico intitulado *Ser Médico de (sua) Família*. Nele, o autor explora os limites da ética e da relação profissional-familiar ao contextualizar a tomada de decisão frente ao processo de cuidado, adoecimento e morte de um membro da família.

Entretanto, a morte ainda segue sendo um tabu, um tema para não se discutir e tampouco um fenômeno a ser reconhecido. Isso é particularmente verdadeiro, visto que são poucos os médicos e enfermeiros que se sentem confortáveis para lidar com esse tema². É reconhecido que os processos de morte são momentos dos mais tocantes para os seres humanos, pois remetem a nossa própria finitude. Por exemplo, Yalom³ caracteriza a morte como sendo uma ‘experiência limite’ (*boundary experience*), isto é, um evento que nos impulsiona a nos confrontarmos com nossa própria situação existencial no mundo. Para o autor, o reconhecimento da finitude está na raiz das ansiedades e, por isso, o ser humano constrói mecanismos de defesa para negá-la, mecanismos que essencialmente moldam nossas estruturas psíquicas³. Tanto é assim, que

¹ MSc em Antropologia Médica; Especialista em Medicina de Família e Comunidade. editor.rbmf7@sbmf.org.br

*Autor correspondente.

a morte tem sido cada vez mais ‘medicalizada’ nas sociedades ocidentais industrializadas, refletindo uma dificuldade coletiva do nosso tempo em lidar com esse tema e, por isso, o próprio conceito de ‘morte natural’ está desaparecendo⁴. Portanto, situações de doença e morte, entre outras crises normativas, podem abalar essas estruturas psíquicas, despertando sinais e sintomas que podem ou não ser patologizados, dependendo da abordagem que se oferece a essas expressões do ser.

Contudo, é importante ressaltar que vida e morte são interdependentes, ou seja, existem simultaneamente e não deveriam ser percebidas como um fenômeno linear e consecutivo. Ao contrário, a morte deveria ser vivenciada como um evento cotidiano, firmado no agora e não como um fenômeno projetado no futuro³. Neste contexto de simultaneidade, a morte também celebra a vida. Por isso, a presente edição também homenageia a vida de Ian McWhinney, falecido em 28 de setembro de 2012, aos 85 anos de idade. Sem dúvida, McWhinney contribuiu enormemente para o fortalecimento da Medicina de Família muito além das fronteiras canadenses. McWhinney afirmava que os MFC são diferentes por que não estão atrelados a órgão (ou sistema corpóreo) ou a tecnologias, pois o MFC se define mais em termos de relação médico-paciente⁵. Ele advogava que a prática do MFC deveria ser reflexiva, apoiada num pensamento que denominou de ‘organísmico’ para transpor dualidades tradicionais entre mente-corpo, saúde-doença e causa-efeito⁵. Assim, McWhinney organizou e sistematizou um corpo de conhecimento que define a especialidade do Médico de Família. O obituário escrito pelo Dr. Gustavo Gusso resalta os principais feitos desse grande homem e profissional que trabalhou como médico de família até o final de sua vida, nos deixando um vasto legado teórico, ainda a ser explorado.

Assim, esta edição brinda o leitor com uma gama de temas com os quais esperamos poder contribuir para a prática dos profissionais da APS, quer por ampliar sua reflexão sobre o processo de trabalho, quer por estimulá-los a pesquisar temas relevantes para a APS/ESF e, em especial, para os médicos de família e comunidade.

Referências

1. Poon VHK, Bader E. Individual and family life cycles: predicting important transition points. Toronto: Working with Families Institute; 2003.
2. Christie-Seely J. Working with the family in primary care: a systems approach to health and illness. Westport: Praeger Publishers; 1984. v. 22, p. 346-55.
3. Yalom ID. Existencial Psychotherapy. New York: Basic Books, 1980. part 1, 2:29-30; 5:159-60.
4. Helman CG. Culture, Health and Illness. 5th ed. London: Hodder Arnold; 2007. v. 9, p. 232-3.
5. McWhinney IR. The importance of being different. Br J Gen Pract. 1996 July; 433-436. PMID:8776918 PMCID:1239699.