

Pesquisa científica, atenção primária e medicina de família: três ingredientes indispensáveis para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde

Scientific research, primary care and family medicine: three essential ingredients for improving the quality of health care

Investigación científica, atención primaria y medicina familiar: tres ingredientes esenciales para la mejora de la calidad de la atención en salud

Adelson Guaraci Jantsch ¹ 

¹ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ)

Resumo

Apesar do grande crescimento da nossa especialidade nos últimos 30 anos, ainda estamos muito aquém de atender à demanda brasileira por médicos de família. Atualmente representamos apenas 1,4% do total de médicos especialistas no Brasil e menos de 5% do total de vagas de residência no país são destinados à medicina de família e comunidade (MFC). Com 70% da nossa população coberta pela Estratégia de Saúde da Família, apenas uma parcela pequena conta com um médico de família treinado por um programa de residência em MFC. Infelizmente temos poucas evidências mostrando o impacto do treinamento em MFC no cuidado das pessoas e muito do que sustentamos no nosso discurso como diferenciais da nossa prática carece de provas científicas. Isso perpetua uma noção comum entre formuladores de políticas e gestores de que a atenção primária à saúde (APS) é uma área de atuação desprovida de desafios, sem complexidades e possível de ser realizada por qualquer médico sem treinamento especializado. Se a MFC pretende se firmar como a especialidade médica responsável pela APS no Brasil e no mundo, precisa avançar no desenvolvimento de habilidades para a pesquisa, para poder estudar o universo da MFC e da APS com a profundidade e o rigor que a complexidade destas disciplinas demanda. Desenvolver o potencial para a pesquisa representa um passo importante do projeto profissionalizante da nossa especialidade e do amadurecimento da APS. Ao questionarmos nossa prática e ao perguntarmos o quanto realmente fazemos a diferença no cuidado dos nossos pacientes estaremos ampliando a base de evidências da nossa especialidade e demonstrando o quanto a APS se torna mais abrangente ao ter um médico treinado em MFC. Este ensaio aborda as dificuldades da MFC em mostrar seu valor e a sua importância para os sistemas de saúde; e apresenta o papel vital que a pesquisa científica deve ter no enfrentamento destes desafios.

Palavras-chave: Atenção Primária; Medicina de Família; Capacitação.

Autor correspondente:

Adelson Guaraci Jantsch

E-mail: adelson.smsrio@gmail.com

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado

Avaliação por pares:

externa

Recebido em: 06/04/2020.

Aprovado em: 13/07/2020.

Como citar: Jantsch AG. Pesquisa científica, atenção primária e medicina de família: três ingredientes indispensáveis para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2466. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2466](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2466)



Abstract

Despite the great expansion of our specialty in the last 30 years, we are still far from meeting the Brazilian demand for family doctors. We currently represent only 1.4% of the total number of medical specialists in Brazil and less than 5% of the total number of residency vacancies in the country are allocated to family medicine (FM). With 70% of our population covered by the Family Health Strategy, only a small proportion has a family doctor trained in a FM residency program. Unfortunately, we have little scientific evidence to demonstrate the impact of FM training on the quality of care delivered to our patients and to support our ongoing discourse about the unique competencies within FM. This perpetuates a common notion among policymakers and managers that the provision of primary health care (PHC) is simplistic, unchallenging, and easily performed by any physician without specialized training. If FM intends to establish itself as the medical specialty responsible for PHC in Brazil and in developing countries, it needs to be able to study the universe of FM and PHC with the depth and rigor that these complex disciplines demand. As such, building capacity in research represents an important step towards the development of comprehensive PHC with a strong FM foundation. By questioning our practice and trying to see how much of a difference we really make in the care of our patients, we can expand the evidentiary basis of our discipline and demonstrate how much PHC becomes more qualified and comprehensive by having a doctor trained in FM. This essay addresses the difficulties of FM in showing its value and its importance for health systems and presents the vital role that scientific research must play in facing these challenges.

Keywords: Primary Care; Family Practice; Capacity Building.

Resumen

A pesar del gran crecimiento de nuestra especialidad en los últimos 30 años, todavía estamos lejos de satisfacer la demanda brasileña de médicos de familia. Actualmente representamos solo el 1.4% del número total de médicos especialistas en Brasil y menos del 5% del número total de plazas de residencia en el país se asignan a medicina familiar y comunitaria (MFC). Con el 70% de nuestra población cubierta por la Estrategia de Salud Familiar, solo una pequeña parte tiene un médico de familia capacitado por un programa de residencia de MFC. Desgraciadamente, tenemos poca evidencia que muestre el impacto de la capacitación en MFC en el cuidado de las personas, y gran parte de lo que sustentamos como diferencial de nuestra práctica, carece de evidencia científica. Esto perpetúa una noción común entre los formuladores de políticas y los gerentes de que la atención primaria a la salud (APS) es una área de acción carente de desafíos, sin complejidades y que puede ser realizada por cualquier médico sin capacitación especializada. Si la MFC tiene la intención de establecerse como la especialidad médica responsable por la APS en Brasil, necesita avanzar en el desarrollo de habilidades de investigación para estudiar el universo de la MFC y de la APS con la profundidad y rigor que la complejidad de estas disciplinas demandan. El desarrollo de potencial para la investigación representa un paso importante en el proyecto profesional de nuestra especialidad y en la maduración de la APS. Al cuestionar nuestra práctica y preguntarnos si hacemos realmente la diferencia en el cuidado de nuestros pacientes, ampliaremos la base de evidencias de nuestra especialidad y demostraremos cuánto la APS adquiere mayor calidad y competencia por tener un médico especialista en MFC. Este ensayo aborda las dificultades de la MFC para mostrar su valor y su importancia para los sistemas de salud y presenta el papel vital que debe desempeñar la investigación científica para enfrentar estos desafíos.

Palabras clave: Atención Primaria; Medicina Familiar; Capacitación.

INTRODUÇÃO

Nos primeiros dias de 2020 a Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) publicou no seu editorial um texto com um título provocador: “Pesquisar para quê?”.¹ A razão de chamá-lo desta forma vem do próprio movimento da revista em promover a discussão científica e a reflexão da prática da medicina de família e comunidade (MFC). É papel dos editores, afinal, provocar seus leitores à reflexão sobre a importância da revista como meio de divulgação científica e convocá-los ao trabalho de fazer ciência. Nenhuma das duas contudo – incentivar a audiência e fazer ciência – são tarefas simples de serem realizadas. Com quatro argumentos os editores mostram o quanto de energia é perdido durante o processo de se fazer pesquisa: (1) por não se endereçar questões realmente relevantes para a prática; (2) pelo uso de metodologias inadequadas; (3) pela dificuldade de publicação de resultados; e (4) pela falta de clareza na escrita dos artigos. Estas dificuldades, porém, não trazem uma razão pela qual pesquisas devam ser feitas. A resposta à pergunta do título aparece no final do texto, quando os editores apontam que, se superarmos estas quatro adversidades “(...) poderemos fazer a diferença no cuidado de nossos pacientes, e fortalecer nossa disciplina acadêmica”.¹ Esta frase, apesar de motivante, traz inadvertidamente uma segunda provocação, sutil e inocente como um “sinal da maçaneta” dizendo que ainda há demandas

ocultas a serem discutidas. Estas demandas ocultas precisam ser dissecadas com algum cuidado e espero assim fazê-lo neste ensaio sobre as dificuldades da MFC em mostrar seu valor e sua importância para com os sistemas de saúde e o papel vital que a pesquisa científica deve ter no enfrentamento destes desafios.

PESQUISAR PARA QUÊ?

Em 2003, na cidade de Kingston, no Canadá, ocorreu a conferência *WONCA* para pesquisa na atenção primária à saúde (APS), que reuniu 74 médicos de família de 34 países, todos especialistas em pesquisa, com o objetivo de explorar as dificuldades para se conduzir pesquisa em MFC no mundo e encontrar formas de fomentá-la. Além da publicação de diversos artigos sobre o tema^{2,3} e de um documento com nove recomendações para promover a pesquisa em MFC e na APS,⁴ esta conferência também chamou a atenção do editor da revista científica *The Lancet* à época. Em um editorial polêmico,⁵ apesar de parabenizar os esforços para promover a pesquisa em MFC, o editor reprovava a realização de tal evento e esperava que não houvessem mais conferências perguntando “por que fazer pesquisa em MFC?”.⁵ Provavelmente o editor da *The Lancet* tampouco aprovaria o editorial “Pesquisar para quê?” da RBMFC.

Em uma carta de resposta ao editor,⁶ Amanda Howe esclarece que ele não havia captado a mensagem da conferência, que visava promover a criação de potencial para a pesquisa ao redor do mundo e não discutir ou descobrir o que ou de que forma médicos de família e profissionais da APS deveriam pesquisar. Contrariamente à crença do editor, a MFC não havia perdido a direção nem estava passando por uma crise de identidade, mas estava sim dando passos importantes para seu fortalecimento em países de baixa e média renda (PBMR).⁶

No entanto, por mais incômodo que seja, o editorial da revista *The Lancet* precisa ser levado em consideração, pois suas críticas apontam duas importantes fragilidades da MFC no Brasil e no mundo. Para ele, a conferência no Canadá estava excessivamente carregada de modelos teóricos, diagramas e enquadramentos. Além disso, havia um sentimento de incompreensão pela medicina tradicional, uma predileção por analisar aspectos qualitativos do cuidado e da experiência do doente e, por fim, um perigoso consenso de que o paciente na APS seria diferente do paciente no hospital ou de outras especialidades médicas. Esta necessidade de definição reflete, além da própria complexidade da especialidade, o campo heterogêneo que é a MFC e também mostra como a disciplina não possui uma definição única, muito menos uma história única.⁷ Ao contrário das especialidades médicas definidas por órgão, sexo, idade, doença ou procedimento, parece haver algo na nossa disciplina e na APS que nos impele a responder a pergunta “quem és tu, médico de família?”.⁸ Tratados sobre a APS,^{9,10} livros teóricos definindo a especialidade,¹¹ nosso currículo por competências¹² (o primeiro do tipo dentre todas as especialidades médicas no Brasil) e a agenda educacional EURACT¹³ são mostras disso.

Apesar do desconforto em reconhecer a necessidade da MFC em autodefinir-se, não foi esse o mais preciso e provocador comentário do editorial, mas sim a crítica à falta de pragmatismo da especialidade em mostrar seu valor. O argumento é simples: se a MFC contribui de alguma forma com a melhoria da saúde (e do cuidado em saúde) das pessoas, essa contribuição é, por definição, mensurável.⁵ Mesmo que o paciente da APS seja diferente do paciente do hospital, o uso da palavra “melhorar” denota uma quantidade a ser medida. Se podemos, como diz o editorial da RBMFC,¹ “fazer a diferença no cuidado de nossos pacientes”, certamente podemos demonstrá-la através de pesquisa empírica.

Nas conversas com colegas médicos, lembrando as histórias e os casos clínicos, falamos sobre a diferença que fizemos na vida dos nossos pacientes. Esta diferença, contudo, diz respeito a cada indivíduo e acontece a partir de medidas terapêuticas tomadas caso a caso. No contato individual com os pacientes, aprendemos a prestar atenção nos detalhes sem esquecermos do todo,¹⁴⁻¹⁶ mas se nos pedirem para avaliarmos nosso trabalho como médicos de uma população, certamente seremos imprecisos e enviesados. Quanto do nosso trabalho como médicos de família é medido, analisado criticamente e transformado em prova científica sobre o impacto da nossa formação e da nossa especialidade? A primeira demanda oculta na conclusão do editorial da RBMFC é justamente essa: Que diferença é essa que tanto falamos e qual é a sua real medida?

QUE DIFERENÇA FAZ SER MÉDICO DE FAMÍLIA?

O paradigma que perpetuamos de que médicos de família provêm melhor cuidado aos pacientes é ancorado em uma série de argumentos, alguns quantitativos como “pedimos menos exames”, “prescrevemos menos medicamentos”, “encaminhamos menos pacientes para o nível secundário” ou “evitamos internações hospitalares desnecessárias” e outros qualitativos como “provemos um cuidado diferenciado”, “olhamos o paciente como um todo” ou “cuidamos de pessoas para além das doenças”. Estes argumentos são tomados como fatos universais, mas quanto disso pode realmente ser sustentado? Quanto disso passou pelo crivo da pesquisa científica? Muito pouco, na verdade.

Temos evidências de que uma APS bem organizada tem melhores indicadores de saúde,¹⁷ minimiza desigualdades em saúde na população,¹⁸ é mais equânime e mais custo-efetiva.¹⁹ Estas foram, junto com a organização conceitual da APS, as grandes contribuições de Barbara Starfield para a saúde pública. Contudo, ela não propunha que a APS precisava ter médicos de família para ser considerada bem organizada. As declarações de Alma-Ata²⁰ e de Astana²¹ tampouco mencionam isso. Existe, porém, uma justificativa para tomarmos as evidências da APS como se fossem evidências da MFC: Barbara Starfield utilizou nos seus estudos dados de países desenvolvidos que têm, na sua maioria, médicos de família treinados como médicos da APS.²²

No cenário brasileiro, temos também uma série de evidências acumuladas desde o começo das políticas de fortalecimento da APS,²³ mostrando que o aumento da cobertura do programa de saúde da família (PSF) leva a redução de internações hospitalares,²⁴⁻²⁶ redução de mortes cardiovasculares²⁷ e redução de mortes infantis.²⁸ Novamente, a exposição aqui analisada é “APS organizada” na forma de aumento da cobertura do PSF e não “médicos de família treinados trabalhando na APS”.

Infelizmente temos poucas evidências mostrando o impacto do treinamento em MFC no cuidado das pessoas, o que perpetua uma noção comum entre formuladores de políticas e gestores de que a APS é uma área de atuação desprovida de desafios, sem complexidades e possível de ser realizada por qualquer médico sem treinamento especializado.²⁹ Dentre os poucos exemplos estão os artigos produzidos a partir da experiência da reforma da APS na Tailândia, mostrando que MFC treinados realizam encaminhamentos mais adequados ao nível secundário³⁰ e que os pacientes ficam mais satisfeitos com o atendimento recebido.³¹ Na África do Sul, a qualidade do trabalho médico percebida por seus colegas de equipe foi mais favorável aos médicos de família com treinamento do que aos generalistas sem treinamento.³² No Brasil, temos em Curitiba uma redução de internações por insuficiência cardíaca entre pacientes atendidos por médicos de família treinados.³³

Seria de se esperar que em países desenvolvidos houvessem mais estudos avaliando o impacto do treinamento em MFC na saúde dos pacientes e da população. Contudo, nestes países esta pergunta perde seu sentido, uma vez que o treinamento é compulsório para se exercer a profissão e médicos de família compõem grande parte do contingente médico. O que se estuda são comparações entre diferentes modelos de APS,³⁴ comparações de condutas clínicas entre médicos de família e outras especialidades médicas,³⁵ a satisfação de pacientes oncológicos por terem seu problema acompanhado por seu médico de família³⁶ e o desempenho acadêmico do residente durante seu treinamento como preditor do seu desempenho profissional no futuro.³⁷ Na Austrália, em 2004, um estudo mostrou que médicos que receberam certificação pela sociedade australiana de MFC – equivalente ao Título de Especialista em MFC (TEMFC) brasileiro – prescreviam menos antibióticos e anti-inflamatórios, faziam mais procedimentos e faziam consultas mais longas do que médicos não certificados.³⁸ Em resumo, as questões de pesquisa da MFC em países desenvolvidos abordam temas que vão além da legitimação da especialidade, como a busca de melhoria da qualidade do cuidado. É neste hiato que se encontra a segunda demanda oculta do editorial da RBMFC: antes de pensarmos na pesquisa como meio para “fortalecer nossa disciplina acadêmica”, deveríamos responder a pergunta “por que, afinal, precisamos fortalecê-la?”.

FORTALECER A MEDICINA DE FAMÍLIA NO BRASIL

Diferentemente de países desenvolvidos, fortalecer nossa disciplina no Brasil ainda significa legitimar a especialidade no meio médico, nas escolas de medicina e frente aos gestores e formuladores de políticas.

Nos últimos 30 anos a MFC brasileira experimentou um crescimento impressionante no número de profissionais, no número de programas de residência³⁹ e na sua participação no cenário político nacional – Curitiba, Rio de Janeiro e Porto Alegre tiveram médicos de família à frente das suas secretarias municipais de saúde em anos recentes. Graças às políticas nacionais indutoras da APS iniciadas em 1994 com o PSF, uma nova geração de jovens médicos se deparou, ao final da graduação, com a possibilidade de abraçar a MFC como carreira.³⁹

A razão do florescimento da especialidade não está nas evidências científicas de que médicos de família são mais efetivos nisso ou naquilo, e sim na expansão deste mercado, que ofertou uma nova carreira médica para as novas gerações. Muitos buscaram, através da residência médica, maior capacitação para enfrentar o universo complexo e cheio de incertezas clínicas que é a APS.⁴⁰ Com a criação de novos programas de residência em MFC nos últimos 20 anos e a expansão do número de vagas de residência pelo país, alguns municípios têm investido dinheiro público no treinamento em MFC, reconhecendo que é melhor ter médicos de família treinados do que médicos recém-formados trabalhando na APS.^{41,42}

Apesar deste cenário otimista, ainda representamos apenas 1,4% do total de médicos especialistas no Brasil e menos de 5% do total de vagas de residência no país são destinados à MFC.⁴³ Os programas Mais Médicos (PMM) e Médicos pelo Brasil (PMPB),⁴⁴ mesmo ampliando a oferta de trabalho na APS e aumentando a provisão e a fixação de médicos, são iniciativas cujo treinamento profissional não pode ser comparado ao padrão-ouro que é a residência médica.⁴² Dito de outra forma, ainda nos encontramos aquém de atender à demanda do país, que tem atualmente 70% da sua população atendida por uma equipe de saúde da família (ESF), mas uma parcela muito pequena conta com um médico de família.

No livro “*A Question of Competence*”⁴⁵ – literatura fundamental para a discussão sobre educação médica por competências – os autores apresentam uma ideia bastante singular sobre o conceito de competência. Para eles, toda tentativa (seja em uma escola médica, em uma sociedade ou em um curso de pós-graduação) de estabelecer se alguém é ou não competente para realizar determinada tarefa revela muito menos sobre educação médica e quesitos a serem alcançados no treinamento, e muito mais sobre demarcar um papel na sociedade e descrever um projeto profissionalizante. Ao afirmar quais são as competências necessárias para realizar um trabalho, afirma-se, primeiramente, que outras profissões não seriam competentes para realizá-lo e, em segundo lugar, qual treinamento seria necessário para desenvolver as competências para realizá-lo. Ao se afirmar que a residência médica em MFC é o padrão-ouro de formação para o trabalho médico na APS, afirma-se que ESFs que possuem médicos sem essa formação terão um desempenho, em média, aquém do que aquelas que contam com médicos de família treinados. Partindo dessa premissa, pergunto: Se somos realmente médicos mais competentes para o trabalho na APS, não deveríamos nos preocupar mais em mostrar o impacto do treinamento em MFC na qualidade do cuidado e menos em delinear os conhecimentos, habilidades e atitudes do MF no nosso currículo por competências?¹² Não seria um melhor caminho para o fortalecimento da disciplina mostrar, através de evidências científicas, o quanto a APS perde em qualidade por não ter um especialista em MFC como médico responsável?

FORTALECER A MEDICINA DE FAMÍLIA NO MUNDO

Longe de ser uma exclusividade brasileira, a questão acima reflete um dilema atual de diversos PBMR e que vem ganhando espaço nas discussões de saúde global,⁴⁶ que é justamente a necessidade de se criar uma base de evidências para a MFC.^{47,48} Criá-la deve levar em conta as idiosincrasias de cada local de prática e os diferentes perfis epidemiológicos e sociodemográficos. Isso, no entanto, não bastará para fazer com que essa base de evidências realmente fortaleça a MFC. Qualquer intenção de criá-la será inútil se não considerarmos como é a APS que queremos. A razão disso é histórica e remonta ao debate que sucedeu a conferência de Alma-Ata, em 1978.⁴⁹ Na sua declaração,²⁰ a APS era proposta como forma de prover acesso universal aos cuidados em saúde a todos os indivíduos. Como isso deveria ser feito, porém, permanecia bastante vago dentro das linhas gerais do documento.

Após 1978, duas correntes polarizaram a discussão sobre como a APS deveria ser organizada.⁵⁰ Uma mais favorável a uma APS abrangente e com um papel forte de organizadora do sistema de saúde e outra mais favorável a ações universais, de baixo custo e direcionadas a problemas de saúde prevalentes. Esta última passou a ser conhecida como APS seletiva ou modelo GOBI, que é o acrônimo em inglês para as quatro ações deste modelo: monitoramento do crescimento (*Growth monitoring*), terapia de reidratação oral para doença diarreica (*Oral rehydration therapy*), promoção do aleitamento materno (*breastfeeding*) e imunizações (*immunization*). Todas estas ações são, pelo menos no Brasil, atividades já consolidadas e que independem da presença de médicos na APS. Mesmo assim, ainda não podemos dizer que já deixamos de praticar uma APS seletiva no nosso país. Da mesma forma que vivemos uma transição epidemiológica polarizada,⁵¹ com alta carga de morbidade por doenças crônico-degenerativas coexistindo com doenças infectocontagiosas, a APS brasileira ainda está em fase de transição e mantém ações seletivas enquanto assimila novas tecnologias em saúde e se torna cada vez mais abrangente no seu escopo de ações.

Exemplos destas ações seletivas que ainda existem no Brasil são as linhas de cuidado do Ministério da Saúde,⁵² ainda tomadas como organizadoras do cuidado, e as políticas de pagamento por desempenho adotadas recentemente pelo PMPB,⁴⁴ que priorizam ações focadas em doenças e procedimentos.

No cenário global, este mesmo problema pode ser percebido em iniciativas como a *Primary Health Care Performance Initiative*⁵³ (PHCPI) promovida pelo Banco Mundial em conjunto com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e patrocinado pela Fundação Bill & Melinda Gates. Ela tem como principal objetivo promover o crescimento da APS em PBMR através do monitoramento de indicadores de desempenho e comparações entre países. Com seu enquadramento donabediano⁵⁴ focado em indicadores clássicos de saúde pública, tanto o PHCPI quanto sua nova versão chamada *PHC Progression Model*,⁵⁵ cometem três equívocos importantes na tentativa de avaliar o desempenho da APS em PBMR: (1) não consideram que desenvolvimento da APS anda lado a lado com desenvolvimento social, sendo este um importante confundidor de todos os indicadores de saúde; (2) usa indicadores clássicos de saúde pública como cobertura vacinal, disponibilidade de medicamentos ou gasto per-capita em saúde, que não traduzem a complexidade da APS; e (3) não distinguem o que são ações seletivas do que seria uma APS abrangente.

Mesmo que promovam o desenvolvimento da APS, o que por si só já é algo louvável, estas duas iniciativas não resolvem o problema de mostrar para PBMR o que deve ser feito para migrar de uma APS seletiva para uma APS abrangente. Não é de se estranhar que deixam de lado um importante elemento nesta trajetória, que é exatamente a MFC e tudo o que ela pode contribuir para qualificar a APS.⁵⁶⁻⁵⁸

PESQUISAR PARA QUÊ, AFINAL?

Precisamos, afinal, como propõe o editorial da RBMFC,¹ pesquisar para “(...) *fazer a diferença no cuidado de nossos pacientes*”? Sim, definitivamente precisamos. Mas, se isso ainda precisa ser feito, que se demonstre então “em que”, “quanto”, “de que forma”, “para que pacientes”, “a qual custo”, “com que economia de recursos” e “em que condições” fazemos a diferença. Precisamos aprofundar essa noção de “diferença no cuidado” que tanto falamos, para podermos então explorá-la, dissecá-la, desvendá-la e, acima de tudo, questioná-la.² Toda pesquisa parte de uma pergunta no universo⁵⁹ e, neste caso, a pergunta mais universal que temos a fazer é: “fazemos realmente a diferença?”.

Há, porém, desafios metodológicos importantes a serem superados,⁶⁰ pois as próprias características da especialidade tornam qualquer abordagem científica um grande desafio. Se o treinamento em MFC visa formar profissionais holísticos na sua abordagem e abrangentes no seu escopo de prática, medir o impacto deste treinamento pode ser bem mais complexo do que seria para outras especialidades médicas definidas por procedimentos ou por conjuntos de morbidades.

O editorial da revista *The Lancet*, em 2003, sugere que a MFC deveria estudar o papel da família no cuidado em saúde, pois, ao seu olhar, esta seria a principal característica da especialidade. Quanto a isso o editor se equivoca, pois não percebe que esta é apenas uma característica dentre muitas. Além de serem bons clínicos, médicos de família precisam advogar por seus pacientes, considerar a continuidade do cuidado em cada decisão terapêutica, partilhar decisões e, principalmente, coordenar o cuidado com outros profissionais, familiares e membros da comunidade. Apesar de estarem presentes em toda consulta, nenhum destes quesitos é fácil de ser abordado através da pesquisa empírica e métodos mistos de pesquisa⁶¹ certamente tem muito a contribuir.

Quanto a “fortalecer nossa disciplina acadêmica”, temos uma tarefa que envolve não somente a MFC, mas também a APS. Para alcançarmos acesso universal a uma APS forte e organizada em PBMR, precisamos de pesquisas feitas na APS para identificar suas fragilidades e orientar seu desenvolvimento.⁶² Se nós, médicos de família, realmente provemos melhor cuidado aos pacientes na APS, isso significa que a qualificamos, fazendo com que se afaste de ações meramente seletivas e se torne cada vez mais abrangente, centrada na pessoa e não na doença.

Sobre a necessidade mencionada anteriormente de se criar uma base de evidências para a MFC,^{47,48} fazê-la sem considerar o contexto onde ela se encontra e sem considerar a APS é um erro à partida. É possível pesquisar diversos temas na APS e não considerar a figura dos médicos de família, mas o oposto não é. Ao fortalecer a MFC através da pesquisa científica acaba-se por fortalecer também a APS. Esta é a principal contribuição da especialidade aos sistemas de saúde e somos responsáveis perante a sociedade por fazer com que isso aconteça.⁶³

Afastar-se do ambiente hospitalar e da medicina tradicional foi importante para que a MFC se distinguisse das outras especialidades médicas.⁴⁵ Em países desenvolvidos,⁶⁴ a MFC passou pelo mesmo movimento e acabou por se distanciar da pesquisa por acreditar que esta seria uma representante da medicina despersonalizada e detentora da verdade – justamente o oposto do seu projeto profissionalizante. Mais recentemente, as Redes de Pesquisa baseadas na APS⁶⁵⁻⁶⁷ e as suas associações norte-americanas^{68,69} e européia⁷⁰ trouxeram a MFC novamente para perto da pesquisa e do método científico. Através de eventos, cursos de capacitação, treinamento de habilidades e cooperação entre entidades de ensino e de assistência, estas redes têm contribuído enormemente na busca pela melhoria da qualidade do cuidado ao promover a pesquisa na APS.⁷¹

Pesquisar nada mais é do que – *lato sensu* – questionar as verdades postas à nossa frente. Isto é o que fazemos diariamente quando questionamos nossa própria prática, quando buscamos soluções em equipe para a condução de um caso clínico ou quando nos perguntamos se não poderíamos ter feito mais ou melhor por um paciente. Não é por capricho que questionamos as decisões que tomamos, mas o fazemos por responsabilidade e zelo para com nosso trabalho. Se queremos “fazer a diferença no cuidado de nossos pacientes, e fortalecer nossa disciplina acadêmica”¹ precisamos detalhar que diferença é essa que tanto falamos e, ao fazê-lo, mostrar como as competências desenvolvidas durante a residência em MFC tornam a APS mais abrangente, resolutiva e centrada na pessoa. Do contrário, continuaremos esperando que políticos e gestores públicos cheguem à conclusão de que é necessário investir em formação para o trabalho na APS e que finalmente entendam que estes investimentos levarão a resultados positivos para toda a população e para o sistema de saúde. Isso deve ser feito não somente porque gostamos do que fazemos, mas porque gostar do que fazemos exige que isso seja feito. Como diria o provérbio capiau de Guimarães Rosa: “*Sapo não pula por boniteza, mas por precisão*”.⁷²

REFERÊNCIAS

- 1.Fontenelle LF, Sarti TD. Pesquisar para quê? Rev Bras Med Fam e Comunidade. 2020;15(42):13-16.
- 2.De Maeseneer JM, Sutter A De. Why Research in Family Medicine? A superfluous Question. Ann Fam Med. 2004;2(2):17-22. doi:10.1370/afm.148.INTRODUCTION
- 3.Rosser WW, Weel C van. Research in Family/General Practice is Essential for Improving Health Globally. Ann Fam Med. 2004;2(2):2-4. doi:10.1370/afm.145.uring

4. Weel C Van, Rosser WW. Improving Health Care Globally: Medicine Research and Recommendations. *Ann Fam Med*. 2004;2(2):5-16. doi:10.1370/afm.194.Department
5. The Lancet. Is primary-care research a lost cause? *Lancet*. 2003;361(9362):9362.
6. Howe A. Is primary care research a lost cause? [letter to the editor]. *Lancet*. 2003;361:1473-1474.
7. Andrade HS De, Alves MG de M, Carvalho SR, da Silva Júnior AG. A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2018;28(3):1-18.
8. Horton R. Evidence and primary care. *Lancet*. 1999;353:609-610. doi:10.1016/S0140-6736(99)00056-2
9. Greenhalgh T. *Primary Health Care: Theory and Practice*. 1st editio. Wiley; 2007.
10. Starfield B. *Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Porto Alegre. 2002:726p.
11. McWhinney IR, Freeman T. *Textbook of Family Medicine*. OXFORD UNIVERSITY PRESS; 2009.
12. SBMFC. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo Baseado em Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo Baseado em Competencias(1).pdf). Published 2015. Accessed February 27, 2020.
13. EURACT Council. THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE. <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition EURACTshort version revised 2011.pdf>. Published 2011. Accessed January 1, 2020.
14. Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman T. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. 3rd Ed. Radcliffe Medical Press; 2014.
15. Stange KC. The Generalist Approach. *Ann Fam Med*. 2009;198-203. doi:10.1370/afm.1003.T
16. Heath I. 'Uncertain clarity': contradiction, meaning, and hope. *Br J Gen Pract*. 1999;49(August):651-657.
17. Starfield B. Primary Care and Health: A Cross-National Comparison. *JAMA J Am Med Assoc*. 1991. doi:10.1001/jama.1991.03470160100040
18. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
19. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Heal Serv Res*. 2003;38(0017-9124 (Print)):831-865. doi:10.1111/1475-6773.00149
20. WHO-Unicef. Declaration of Alma-Ata. *Int Conf Prim Heal Care*. 1978.
21. WHO & UNICEF. Declaration of Astana.; 2018.
22. WHO. *The World Health Report 2008 - Primary Health Care: Now More Than Ever.*; 2008.
23. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med*. 2015;372(23):2177-2181. doi:10.1056/NEJMp1501140
24. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil. *Med Care*. 2011;49(6):577-584. doi:10.1097/MLR.0b013e31820f39f
25. Pinto LF, Giovanella L. The Family Health Strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1903-1914. doi:10.1590/1413-81232018236.05592018
26. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan*. 2012;27(4):348-355. doi:10.1093/heapol/czr043
27. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: A nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014. doi:10.1136/bmj.g4014
28. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing Childhood Mortality From Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil. *Pediatrics*. 2010;126(3). doi:10.1542/peds.2009-3197
29. Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *Rev Bras Med Fam e Comunidade*. 2011;6(18):19-20.
30. Jaturapatporn D, Hathirat S. Specialists' perception of referrals from general doctors and family physicians working as primary care doctors in Thailand. *Qual Prim Care*. 2006;14:41-48.
31. Pongsupap Y, Lerberghe WVAN. Patient experience with self-styled family practices and conventional primary care in Thailand. *Asia Pacific J Fam Med*. 2006;5(1).

32. Pressentin KB Von, Mash RJ, Baldwin-ragaven L, et al. The perceived impact of family physicians on the district health system in South Africa: a cross-sectional survey. *BMC Fam Pract*. 2018;19(24):1-10. doi:10.1186/s12875-018-0710-0
33. Afonso MPD, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, Ramalho WM, Afonso T. Association between hospitalisation for ambulatory care-sensitive conditions and primary health care physician specialisation: A cross-sectional ecological study in Curitiba (Brazil). *BMJ Open*. 2017. doi:10.1136/bmjopen-2016-015322
34. Glazier RH, Hutchison B, Kopp A. Comparison of Family Health Teams to Other Ontario Primary Care Models, 2004/05 to 2011/12. Comparison of Family Health Teams to Other Ontario Primary Care Models, 2004/05 to 2011/12. <https://www.afhto.ca/news-events/news/ices-report-comparison-fhts-other-ontario-primary-care-models-200405-201112>. Published 2015. Accessed January 1, 2020.
35. Macdonald SE, Voaklander K, Birtwhisde R V. A Comparison of Family Physicians' and Obstetricians' Intrapartum Management of Low-Risk Pregnancies. *J Fam Pract*. 1993;37(5):457-462.
36. Grunfeld EVA, Fitzpatrick RAY, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-dalton R, Stewart J. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract*. 1999;49(September):705-710.
37. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Brailovsky C, et al. Association Between Licensing Examination Scores and Resource Use and Quality of Care in Primary Care Practice. *JAMA*. 1998;280(11):989-996.
38. Miller G, Britt H, Pan Y, Knox S. Relationship between general practitioner certification and characteristics of care. *Med Care*. 2004;42(8):770-778. doi:10.1097/01.mlr.0000132369.13832.10
39. Anderson MIP. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. *Rev Bras Med Fam e Comunidade*. 2019;14(41):1-16.
40. Greenhalgh T. Uncertainty and Clinical Method. In: Sommers LS, Launer J, eds. *Clinical Uncertainty in Primary Care: The Challenge of Collaborative Engagement*. New York: Springer; 2013. doi:10.1007/978-1-4614-6812-7
41. Prado Junior JC. Desafios para a expansão de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade: a experiência carioca. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2015;10(34):1-9.
42. Storti MMT, de Oliveira FP, Xavier AL. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface Commun Heal Educ*. 2017;21:1301-1313. doi:10.1590/1807-57622016.0511
43. Mário Scheffer. *DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL 2018*. São Paulo; 2018.
44. Wollmann L, D'Ávila OP, Harzheim E. Programa Médicos pelo Brasil: mérito e equidade. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2019;15(42):1-6.
45. Hodges BD, Lingard L. *The Question of Competence: Reconsidering Medical Education in the Twenty-First Century*. ILR Press; 2012.
46. Arya N, Gibson C, Ponka D, et al. Family medicine around the world: overview by region. *Can Fam Physician*. 2017;63(June 2017):436-441.
47. Ponka D, Rouleau K, Arya N, et al. Developing the evidentiary basis for family medicine in the global context. *Can Fam physician Médecin Fam Can*. 2015;61(7):596-600.
48. Ponka D. The Besrouer Papers: Seeking evidence for family medicine. *Afr J Prim Heal Care Fam Med*. 2017:1-2. doi:10.4102/phcfm.v9i1.1559
49. Stange KC, Etz RS, Gullett H, et al. Metrics for Assessing Improvements in Primary Health Care. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:423-442. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182438.Metrics
50. Wisner B. GOBI VERSUS PHC? SOME DANGERS OF SELECTIVE PRIMARY HEALTH CARE. *Soc Sci Med*. 1988;26(9):963-969.
51. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2012;21(4):529-532. doi:10.5123/S1679-49742012000400001
52. Ministério da Saúde. *Qualificação Dos Indicadores Do Manual Instrutivo Para as Equipes de Atenção Básica (Saúde Da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF*. Brasília; 2015.
53. World Bank. *Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI)*. <https://improvingphc.org/>. Published 2018. Accessed January 1, 2020.
54. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA J Am Med Assoc*. 1988. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033
55. Ratcliffe HL, Schwarz D, Hirschhorn LR, et al. PHC Progression Model: a novel mixed-methods tool for measuring primary health care system capacity. *BMJ Glob Heal*. 2019;4. doi:10.1136/bmjgh-2019-001822
56. Moosa S, Peersman W, Derese A, et al. Emerging role of family medicine in South Africa. *BMJ Glob Heal*. 2018:2-4. doi:10.1136/bmjgh-2018-000736

57. Mash R, Downing R, Moosa S, Maeseneer J De. Exploring the key principles of Family Medicine in sub-Saharan Africa: international Delphi consensus process. *South African Fam Pract.* 2008;50(3). doi:10.1080/20786204.2008.10873720
58. Willcox ML, Peersman W, Daou P, et al. Human resources for primary health care in sub-Saharan Africa: progress or stagnation? *Hum Resour Health.* 2015;13(76). doi:10.1186/s12960-015-0073-8
59. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Designing Clinical Research.* Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
60. Ponka D, Coffman M, Fraser- KE, et al. Fostering global primary care research: a capacity- building approach. *BMJ Glob Heal.* 2020;5:1-7. doi:10.1136/bmjgh-2020-002470
61. Hesse-Biber SN. *Mixed Methods Research: Merging Theory with Practice.* The Guilford Press; 2010.
62. Christopher Dye, Ties Boerma, David Evans, Anthony Harries, Christian Lienhardt J, McManus, Tikki Pang, Robert Terry RZ. *The World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage.*; 2014.
63. Kidd M. *The Contribution of Family Medicine to Improving Health Systems: A Guidebook from the World Organization of Family Doctors.* CRC Press; 2013.
64. Gotler RS. Unfinished Business: The Role of Research in Family Medicine. *Ann Fam Med.* 2019;17(1):70-76. doi:https://doi.org/10.1370/afm.2323.
65. Sullivan F, Hinds A, Pitkethly M, et al. Primary care research network progress in Scotland. *Eur J Gen Pract.* 2014;20:337-342. doi:10.3109/13814788.2013.879116
66. UTOPIAN. University of Toronto Practice-Based Research Network (UTOPIAN). <https://www.dfcu.utoronto.ca/about-utopian>. Published 2019. Accessed January 15, 2020.
67. Koskela TH. Building a primary care research network – lessons to learn. *Scand J Prim Health Care.* 2017;35(3):229-230. doi:https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1358439
68. NAPCRG. North American Primary Care Research Group. <https://www.napcrg.org/>. Accessed January 15, 2020.
69. Wood M. THE GENESIS OF THE NORTH AMERICAN PRIMARY CARE RESEARCH GROUP. *Ann Fam Med.* 2003;1(4):2003.
70. EGPRN. European General Practice Research Network. <https://www.egprn.org/>. Accessed January 15, 2020.
71. Thomas P. The research needs of primary care. *BMJ.* 2000;321(July):2-3.
72. Guimarães Rosa J. A hora e a vez de Augusto Matraga. In: Sagarana. ; 1946.