

Procurando a Excelência na Formação dos Médicos de Família: O Programa Fitness, uma experiência inovadora

Favoring Excellence in Family Physician Formation: The Fitness Program, an Innovative Experience

Favorecer la excelencia en la formación de médicos familiares: el programa Fitness, una experiencia innovadora

Levites RM, * Janaudis MA, **Moreto G.*** Roncoletta FTA, ****Albuquerque IC,
***** González-Blasco P.*****

** Diretor do Programa Fitness. SOBRAMFA- Sociedade Brasileira de Medicina de Família de Enseñanza. **Secretário Geral de SOBRAMFA. Presidente de APAMEFA- Associação Pan Americana Acadêmica de Medicina de Família.*

****Médica de Família. Coordenadora Científica do Programa Fitness. Secretária Geral de APAMEFA. ****Médica de Família. Diretora de Graduação de SOBRAMFA. *****Médica de Família. Diretora de Graduação de SOBRAMFA. *****Médico e Professor do Programa Fitness. Representante Docente do COFIDES. *****Profesor Doutor em Medicina. Diretor Científico de SOBRAMFA.*

Recibido: 5-01-06 Aceptado: 23-03-06

Correspondencia: Marcelolevites@sobramfa.com.br

RESUMO

O Programa Fitness – Formação Integral e Treinamento em Serviço sob Supervisão, é uma iniciativa educacional da SOBRAMFA- Sociedade Brasileira de Medicina de Família, para formar médicos de família, em moldes equivalentes à Residência Médica. O Programa pauta-se por parâmetros de excelência e busca capacitar os candidatos para a vida real do dia a dia do Médico de Família. Os candidatos ao Programa são selecionados mediante um processo inovador, com estágio obrigatório nos cenários de prática seguido de entrevista para apurar aqueles que estão realmente vocacionados para a especialidade. Nos três anos de duração do Programa o médico em formação é acompanhado por um tutor, em processo de avaliação continuada, que lhe ajuda na tomada de decisões e no crescimento pessoal para que possa assumir com maturidade e plena responsabilidade o cuidado dos seus pacientes. Os cenários de prática correspondem às variadas situações em que um médico de família deve atuar: visitas domiciliares, ambulatórios, gerenciamento de pacientes crônicos, cuidados paliativos, acompanhamento dos seus pacientes quando hospitalizados, casas de repouso para atenção ao idoso. Atividades de educação continuada marcam o ritmo do aprendizado, assim como um ambiente propício de cooperação que facilita a integração do trabalho em equipe. O médico é também preparado para ser um professor de medicina de família, um pensador e um líder na condução da especialidade.

Palavras Chave: Educação Médica, Medicina de Família, Atenção Primária.

RESUMEN

El programa Fitness se guía por parámetros de excelencia y capacita a los candidatos para el trabajo cotidiano en medicina familiar. Los candidatos al programa realizan una rotación por los consultorios de medicina familiar, posteriormente sigue una entrevista, con el objetivo de identificar a los médicos que se sienten con vocación para cursar la especialidad. Durante-

Durante los tres años de duración del programa el médico en formación es acompañado por un tutor que le evalúa de modo continuo y le ayuda para tomar las decisiones y le acompaña en el proceso de crecimiento personal para que pueda responsabilizarse, con madurez, por el cuidado de sus propios pacientes. Los escenarios de práctica son: visitas a domicilio, consulta externa, gestión de pacientes crónicos, cuidados paliativos, acompañamiento de pacientes en el hospital y atención en instituciones geriátricas. Las actividades de educación continua imprimen el ritmo de aprendizaje, así como un ambiente favorable de cooperación que facilita la integración y el trabajo en equipo. El médico es preparado para ser un profesor de medicina familiar, un pensador y un líder de la especialidad.

Palabras Clave: Educación médica, Medicina de Familia, Atención Primaria.

ABSTRACT

The Fitness Program is guided by parameters of excellence and enables candidates for daily work in Family Medicine. Fitness Program candidates participate in a Family Medicine consultory rotation. Following this rotation, an interview is conducted to identify physicians expressing a vocation for pursuit of the Family Medicine specialty. During the Fitness Program's 3-year duration, physicians-in-formation are accompanied by tutors who evaluate them continuously, who aid the medical students in decision-making, and who accompany students in the personal-growth process so that students can take responsibility maturely for the care of their own patients. Scenarios for practice include home visits, out-patient consultations, measures for chronic patients, palliative healthcare, seeing hospitalized patients, and geriatric institutional healthcare. On-going educational activities imprint the rhythm of learning as well as provide a cooperation-friendly environment that facilitates integration and team work. The physician is prepared to be a Family Medicine Professor, a thinker, and a leader in the specialty

Key Words: Medical Education, Family Medicine, Primary Care.

Introdução: Perguntas buscando respostas

A pergunta que surge de modo habitual, após a apresentar o perfil do Médico de Família (MF) costuma ser: “Entendi bem, mas.. esse tipo de médico existe?”¹ O assunto, que há pouco mais de uma década parecia ser uma saudosa nostalgia dos bons tempos, assume hoje novas dimensões. A figura de um médico que é capaz de cuidar da pessoa, independente da moléstia que lhe acometa, de modo pessoal e comprometido, é uma realidade de fato?² Talvez alguns pacientes o encontrem esporadicamente, mas a figura do MF está ausente na cultura da sociedade brasileira. A pergunta inicial faz sentido, pois é difícil acreditar no que de fato nunca se viu, nem se experimentou.

Outra questão emerge com igual intensidade: a vontade de alguns estudantes de medicina em querer ser o médico pessoal do qual sua avó falava, tido como médico de referência, médico de cabeceira ou “simplesmente” Médico. Essa vontade estudantil tem pouca oportunidade de ser concretizada, pois o presente modelo educacional é centrado no super-especialista e no pesquisador de ponta. Formam-se médicos habilidosos para cuidar de doenças específicas; faltam médicos para cuidar de pessoas, ou melhor, o processo de formação visualiza capacitar na competência ao lidar com a moléstia e descuida o preparo necessário para cuidar do doente. Existe ainda um terceiro ponto de reflexão que aparece como um fantasma. Ouve-se falar da “crise da medicina”, e as críticas vêm das suas próprias fileiras, dos médicos que, descrentes da própria profissão – descontentes com o desempenho profissional- não desejam esse futuro para os filhos, e para os conhecidos. Não seriam os médicos –e não a Medicina- os que atravessam uma verdadeira crise de identidade? A insatisfação que apontam não teria sua raiz –ou pelo menos alguns dos motivos do desânimo- na incapacidade de dedicar-se ao paciente, de cuidar dele, de resolver os problemas, de ser eficaz? De quem é afinal a culpa: do sistema –da Medicina- ou dos médicos?³

Uma última questão, não menos importante, com sabor de história pessoal dos autores deste relato⁴ Os que como alunos de medicina tínhamos alimentado o desejo de ser médicos de família, por ter trilhado esses passos na graduação amparados pelas iniciativas acadêmicas da SOBRAMFA (Sociedade Brasileira de Medicina de Família) nos encontramos ao final do curso médico sem opção profissional correspondente. Não havia, na prática, nenhum programa educacional em moldes de Residência Médica e Especialização que contemplasse o que durante os anos de graduação nos foi ensinado pela SOBRAMFA e tínhamos aprendido a praticar e viver.

Seríamos, pois, idealistas que tinham sonhado um mundo melhor durante os anos da faculdade e agora acordaríamos definitivamente do sonho? Como fazer medicina com excelência, com paixão, sentindo a vocação profissional tomar conta de nós se o sistema não nos oferecia saídas nem podia educar-nos para tal?

A resposta a estas questões ultrapassava o âmbito especulativo e requeria atitudes positivas. Por que não criar um processo de aprendizagem para que os médicos pudessem vir a corresponder ao desejo de muitos pacientes - ser cuidados!!- e, ao mesmo tempo, fazer com que esses jovens médicos viabilizassem seus ideais profissionais, resgatassem sua identidade e experimentassem o prazer de ser médicos? Esta é a origem da iniciativa aqui descrita: a Institucionalização de um Programa de Residência Médica em moldes inovadores: o Programa Fitness de Medicina de Família, idealizado pela SOBRAMFA - Sociedade Brasileira de Medicina de Família⁵.

O Programa FITNESS

A SOBRAMFA iniciou, em Março de 2003, em moldes análogos à Residência Médica, um Programa inovador denominado PROGRAMA FITNESS - Formação Integral e Treinamento em Serviço sob Supervisão (FITNESS), com o objetivo de educar médicos recém formados para serem Médicos de Família⁶, preparando - os como futuros professores e líderes da especialidade⁷ no Brasil. Dirige-se o Programa Fitness aos estudantes que, com sentido vocacional, desejam ser médicos de família e tornar realidade o sonho dos tempos da graduação. Com um processo educacional estabelecido, uma estrutura de educação continuada e perspectivas de pós-graduação, o programa busca a excelência, e prioriza os princípios elementares da Medicina de Família. Quer ser, de fato, um modelo de qualidade, formador de líderes e de modelos, que possa garantir o futuro da Medicina de Família no Brasil.^{8,9}

Para atingir o objetivo principal de formação, o programa FITNESS exige como condição imprescindível o **Acompanhamento Integral** pelos residentes dos diversos ambientes de prática clínica rotineira: consultas clínicas, visitas domiciliares e hospitalares, com todas as variáveis que o dia a dia de um médico de família requer em complexidade de serviços, variedade de atividades, capacidade de adaptação, arte criativa, e tomada de decisões. Os professores, médicos de família, servem como diferentes modelos e exemplo na formação¹⁰.

Estas atividades em tempo integral proporcionam o aperfeiçoamento das habilidades clínicas, cognitivas, comportamentais e essenciais da vida, nos remetendo à idéia das corporações de ofício da idade média, na qual o aprendiz permanecia junto ao mestre de maneira continuada até substituí-lo gradualmente.

O residente, que no Programa Fitness é denominado, de acordo com o ano, como F1, F2 e F3, em analogia ao R1, R2 e R3 de outros programas de Residência Médica, tem o seu aprendizado centrado na atuação do médico de família: ele é o seu professor, o seu modelo, o seu preceptor. Trata-se de preparar o "fitness" (Por "Fitness" entendemos tanto o Programa de Formação, como o médico em formação que ao invés de residente é denominado Fitness) para aquilo que deverá fazer o resto da sua vida: ser um médico de família competente, na plena acepção da palavra. Assim sendo, não há necessidade de que aprenda conhecimentos específicos com o especialista no cenário das especialidades. Isso criaria um viés de formação, pois a abordagem do especialista tem de ser necessariamente especializada e não contextual e holística, centrada na pessoa, como é o caso do MF.

Quando esses conhecimentos específicos se fazem necessários o especialista é chamado como professor para ensinar no cenário da medicina de família, onde o aprendiz está sendo forjado e onde vai trabalhar após a sua formação. Se o médico que está sendo preparado é um médico de família ele deve aprender a desenvolver o raciocínio clínico como tal. Aprender no ambiente do especialista necessariamente mudará a abordagem, pela diferente prevalência das enfermidades, pois os pacientes chegam “triados” ao especialista, como é razoável num sistema de saúde. A abordagem do médico de família, centrada na atenção primária seria desse modo deturpada, por estar centrada na doença concreta que levou o doente até o especialista em questão. Manter a prevalência real, em primeira abordagem –isso é atenção primária- dos doentes, permite a construção do raciocínio e do manejo clínico que se espera de um médico de família ¹¹.

A residência, que historicamente surgiu como treinamento de médicos que moravam no hospital, e eram por isso chamados residentes ^{12, 13}, era centrada no próprio hospital, distante da comunidade. Tal modelo vigente há mais de cinquenta anos não faz sentido para o Médico de Família que deve estar mais próximo da vida regular das pessoas, e que vez por outra vão ao hospital. O aprendizado de um médico deve reproduzir o seu trabalho futuro. Um médico de família tem que ser treinado em consultório, na casa do doente e em menor tempo no hospital.

Também por este motivo, o Programa Fitness eliminou os termos clássicos convencionais de Residência Médica. Denominar um programa de formação de Médico de Família como Residência Médica –entendida como tal, centrada no hospital, onde passa tanto tempo que quase vem residir nele- é um erro conceitual cuja terminologia deve ser evitada. Instalar um Programa de Treinamento em Medicina de Família requer, pois, inovação e manter o objetivo em mente. Limitar-se a reproduzir o modelo de formação em regime de residência, usado com sucesso pelas outras especialidades, será insatisfatório e, certamente, não preparará com sucesso o profissional que se pretende formar. Seria como, por exemplo, pretender formar um anestesista longe da sala cirúrgica, ou um médico de emergências num ambulatório de pacientes crônicos. A cada um suas competências, seu cenário de prática, e suas habilidades para desempenhar sua função específica.

Objetivos específicos e sistemática educacional

O Programa FITNESS tem três anos de duração e cada ano tem um objetivo educacional específico que se corresponde com os pilares básicos da Filosofia da Medicina de Família: Atenção Primária, Educação Médica, Formação de Lideranças e Desenvolvimento Humanista. ¹⁴

Primeiro ano – Foco no Aprendizado Clínico. No final do primeiro ano o fitness estará preparado para manejar seus pacientes e saberá procurar a melhor informação para resolver os problemas deles, transformando-se num consultor em saúde e num médico pessoal.

Segundo ano – Foco no Aprendizado Educacional: “aprender a ensinar” O fitness, no final do segundo ano, estará preparado e motivado para ensinar pacientes, alunos de graduação e colegas. Ele será exposto a dar aulas, participar de grupos de discussão com alunos e participar da formação dos fitness de primeiro ano.

Terceiro ano – Foco no Desenvolvimento de Habilidades Específicas, Trabalho em Equipe, Coordenação e Liderança. O Fitness terá espaço curricular para desenvolver habilidades específicas de interesse e para as quais demonstre especial aptidão. Através de reuniões no término do segundo ano as habilidades a serem escolhidas surgem do próprio fitness e dos professores do programa.

A participação do médico em formação no Programa Fitness inicia-se como observador e, com o passar do tempo vai adquirindo a capacidade clínica, educacional e cognitiva para ser integralmente responsável pelos pacientes, pela família, pelos alunos, e por si mesmo. De observador passa a assumir as responsabilidades, em ---

comum consenso com os médicos de família que observa e que lhe servem de modelo. Nos primeiros seis meses de programa o fitness observa o professor. Ele aprende vendo fazer. A segunda etapa de mais seis meses se divide em duas partes : a) 3 meses no qual o professor acompanha de maneira direta (na consulta), o aprendiz trabalha diretamente sob supervisão e b) mais 3 meses, onde o professor acompanha de maneira indireta (fora da consulta – aguardando para discutir o caso). Após esse primeiro ano de aprendizado o fitness apresenta condições de atender seus pacientes relatando suas dúvidas e questionamentos para seu tutor que o acompanha até o final do processo educacional do fitness .

No segundo e terceiro ano, existe um acompanhamento análogo pelo tutor, focado nos respectivos objetivos: aprendizado educacional e desenvolvimento de liderança.

Preceptoria e Avaliação

Preceptoria individualizada e Avaliação do Fitness

Tratado com individualidade e com potencial para ser professor em Medicina de Família, o Fitness é acompanhado por um tutor durante os três anos de formação do Programa. O tutor supervisiona individualmente o fitness, observando sua prática, ajudando-o nos seus problemas específicos e aprimorando suas habilidades como médico de família. É desejável que o tutor apresente certa sintonia temperamental com o fitness para facilitar o contato e a troca franca de experiências. O tutor faz uma avaliação formal da evolução do fitness trimestralmente, descrevendo o que foi aprendido no último período e quais os objetivos para os próximos meses. A elaboração destes objetivos é traçada de maneira bilateral (fitness + tutor) com influência indireta dos outros professores do departamento que discutem com o tutor o que acreditam ser importante para evolução específica do fitness. O professor, médico de família, avalia o fitness nas seguintes competências: Cuidado do paciente com compaixão e efetividade, conhecimento médico, habilidades de comunicação inter-pessoal, profissionalismo e integração de trabalho em equipe e, muito importante, o conhecimento próprio que o fitness vai adquirindo dele mesmo, representado pela capacidade de reconhecer as próprias limitações e necessidades e o conseqüente pedido de ajuda. (cfr . Fichas de Avaliação, no Anexo)

Avaliação do programa. A Vez do aprendiz.

Durante os três anos de formação o fitness participa com o responsável pelo programa FITNESS de uma avaliação bimensal na qual o próprio programa seria avaliado através de sugestões feitas pelo próprio fitness. Estas avaliações são necessárias para o contínuo aprimoramento desse modelo educacional.

Ambiente Necessário: uma condição “sine qua non”

O fitness tem, dentro da SOBRAMFA, um ambiente saudável, não competitivo, de conhecimento construído tanto profissional quanto pessoalmente¹⁵.

Os professores envolvidos estimulam o fitness a aprimorar suas qualidades individuais enquanto buscam melhorias nas suas deficiências. Os próprios fitness mais experientes promovem as mesmas atitudes e assim o aprendiz ocupa-se de aprender, cultivar valores, família e amigos.

Os fitness usam seu tempo quando estão juntos para comentarem e discutirem sobre os seus pacientes sem outras preocupações, fazendo com que a troca de informações, a ajuda mútua e a cooperação seja eficaz e rápida. A ---

advertência não é em absoluto supérflua, pois basta um mínimo de conhecimento sobre o ambiente de competitividade habitual nos programas de residência, para considerar isto uma verdadeira conquista. Quando o residente convencional tem de assumir uma atitude defensiva para não ser prejudicado na divisão de plantões, e no parcelamento do trabalho, restam pouco tempo e capacidade mental para dedicar-se ao que realmente importa: o cuidado do paciente. Assim, quando o ambiente é favorável, aberto e sincero, os *fitness* sabem usar o tempo em benefício do paciente, potencializando a troca de informações, em verdadeiro sinergismo. Naturalmente, conseguir esse ambiente adequado depende, e muito, do processo de seleção como se verá depois. Escolher as pessoas certas, através de critérios adequados, permite a construção de um ambiente de trabalho positivo e saudável.

No caso de que um *Fitness* tenha compromissos como aulas, congressos ou algum contratempo (que na formação do *fitness* não é considerado “assunto pessoal” e sim do grupo todo, incluindo os *fitness*, professores e o chefe do departamento) outro *fitness* pode substituí-lo sem problemas¹⁶. Pode parecer óbvio tudo o aqui descrito para instalar um bom ambiente profissional, mas fazemos questão de ressaltar que este é um dos pontos mais altos desta atividade educacional. Assim acreditamos que é possível formar um médico de família, um professor e um líder.

O *fitness* é estimulado a descrever suas experiências a partir da qual são sugeridas pela diretoria temas de desenvolvimento de pesquisa. O *fitness* recebe supervisão para escrever e publicar pelo menos um trabalho científico durante seu treinamento, sendo também estimulado a apresentar os trabalhos nos congressos científicos da SOBRAMFA e de congressos internacionais do STFM. (Society of Teachers of Family Medicine), entidade à qual a SOBRAMFA está estreitamente vinculada. Contempla, o Programa *Fitness*, um período intensivo de formação *-fellowship-* junto a alguns dos Departamentos de Medicina de Família em USA, também vinculados no seu trabalho à STFM, para o desenvolvimento específico de linhas de pesquisa e publicações do interessado.

O *fitness* é educado para se manter “on-line” de maneira regular e para estar atualizado com todas as atividades do departamento, sendo incluído nas discussões científicas de maneira gradual na sua formação. Leituras de artigos, revisões sistemáticas, discussão de casos e narrativas são incluídas. O *fitness* aprende a buscar seu próprio aprendizado balanceando as melhores evidências com a experiência prática das outras pessoas do departamento. Desta maneira desenvolve o senso crítico de aprender a aprender de maneira continuada e por toda a vida^{17, 18}.

O *fitness*, como aprendiz, também participa da coordenação do próprio Programa *Fitness*, buscando a melhora do mesmo. É estimulado para adquirir noções básicas de administração, e animado para aprender a buscar recursos que possam mostrar o impacto da Medicina de Família nas empresas de prestação de serviços, nas faculdades e em outras instituições.

Processo de seleção: escolhendo os candidatos certos

Sendo o Programa *Fitness* de Formação em Medicina de Família de caráter inovador, o processo de seleção dos candidatos, tem necessariamente que acompanhar estes novos paradigmas educacionais. Não existe prova de múltipla escolha para selecionar os candidatos mais aptos, já que com esse recurso não seria possível avaliar os parâmetros que interessam na seleção. Os interessados devem realizar um estágio de uma semana oferecido pela SOBRAMFA (denominado MF2- Mini fellowship em Medicina de Família). Durante este estágio teórico-prático o candidato acompanha o dia a dia de um médico de família –junto dos *fitness*, dos monitores, dos professores- e vai sendo avaliado nos seus conhecimentos técnicos, e na sua postura perante o paciente. Além disso, esse estágio oferece ao candidato a oportunidade de conhecer como será sua prática como *fitness*, e como médico de família no futuro. Deste modo tem a oportunidade de decidir se é aquilo que ele realmente quer fazer com a sua -

vida profissional de médico. O candidato terá de apresentar um curriculum vitae, e uma carta de intenções explicando, de modo convincente, as razões que lhe conduzem a optar por aderir ao Programa Fitness da SOBRAMFA. No último dia do estágio MF2 é feita uma entrevista com o candidato para que exponha todas estas razões de viva voz, na frente do COFIDES.

O COFIDES - Conselho FITNESS de Deliberação e Supervisão é o órgão responsável por todas as decisões e deliberações ordinárias relacionadas ao programa FITNESS. Atualmente está composto por 3 médicos membros da SOBRAMFA: Um representante do corpo docente, um membro da diretoria da Sociedade e o Diretor do Programa FITNESS.

Outro parâmetro que se leva em consideração no processo de seleção do candidato é sua participação ativa durante os anos de graduação, nas atividades da SOBRAMFA. Um recurso para avaliar, de modo quantitativo e qualitativo, essa participação é o Programa MMF (Milhas em Medicina de Família)¹⁹ mediante o qual o estudante vai acumulando pontos –como se fossem milhas aéreas- que lhe servirão no futuro quando se apresentar como candidato interessado ao Programa Fitness.

Atividades de Educação Continuada

A formação do Fitness se dá no dia a dia, minuto a minuto, em cenário real de prática, a maioria no centrada no Setor Privado (incluindo convênios médicos e seguradoras) onde são executados a maioria dos Contratos de Prestação de Serviços Médicos que a SOBRAMFA, através dos seus parceiros, tem estabelecido.

Nas atividades de prática diária se aprendem, gradativamente, os objetivos que foram anteriormente especificados e, de modo particular, a responsabilidade que se espera de um profissional. Não há nos cenários de prática nada artificial, como por vezes se pode apreciar em alguns estágios durante a graduação ou mesmo em alguns programas de residência, onde se o aluno ou o residente estão ou não presentes o serviço continua funcionando.

No Programa Fitness o treinamento é “a vida real”, e depende única e exclusivamente do médico –que por acaso é um fitness em formação, mas antes de tudo é médico- e está totalmente sob a sua responsabilidade. Se o compromisso da SOBRAMFA é formar com competência um médico de família, o fitness deve também assumir desde o primeiro momento o compromisso com o paciente, e com seus deveres profissionais.

Além da Formação na Prática, há algumas atividades de Educação Continuada estipuladas na grade curricular do Programa Fitness, que são:

Marca-passo Científico: o fitness participa de atividades teóricas semanais com todos os médicos do departamento de Medicina de Família onde os temas mais prevalentes são abordados e se somam às discussões de casos, leitura de “Poems” (Patient Oriented Evidence that Matters) e levantamento de artigos mais importantes do mês pelo chefe do departamento. Os Fitness apresentam as aulas, recebem os artigos e trazem os casos mais interessantes para serem discutidos. O aluno aprende a dar aulas, a discutir casos em medicina de Família e inicia seu processo de aprimoramento do senso crítico. Esta atividade clínica – científica é chamada de marca-passo, porque tem como objetivo manter o ritmo científico semanal. Habitualmente todos os integrantes do departamento almoçam juntos na sede da SOBRAMFA numa grande confraternização. O almoço é fornecido com grande satisfação pela sociedade e os fitness, preceptores, coordenadores e estagiários sentam-se juntos à mesa num ambiente que busca a integração de todos.

Marca-passo Construção: o fitness também participa do Marca-passo Construção, que é uma reunião mensal na qual se discutem temas de reflexão, formação pessoal, filosofia da medicina de família e temas correlatos, que são essenciais para o trabalho em grupo e para o desenvolvimento de lideranças. Os fitness apresentam e discutem os assuntos para se projetar como líderes, filósofos e pensadores do futuro da Medicina de Família do Brasil. O conhecimento construído através da discussão em grupo de todo o departamento enriquece o crescimento pessoal de cada participante.

Reunião Mensal com Notáveis. O fitness participa de uma reunião mensal com um notável que a Diretoria da SOBRAMFA convida para um jantar na sua sede, de caráter informal e singela, e que internamente se conhece como “Pizza na Torre” (com referência ao cardápio clássico e ao local superior da sede da SOBRAMFA). O notável-convidado é um profissional de prestígio reconhecido, geralmente não médico, tendo já participado advogados, administradores, cientistas, jornalistas, economistas, filósofos e humanistas. A competência desses profissionais nas respectivas áreas de atuação contribui para a formação dos fitness, trazendo novos horizontes de crescimento, perspectivas do mundo real, preparo para uma maturidade profissional que deve ser fomentada e estimulada.

Atividades Didáticas e PRAMEF 21: O fitness participa ativamente das atividades acadêmicas vinculadas à graduação em ligas de medicina nas faculdades de medicina, convites para conferências em diversos cenários docentes, integração nos congressos acadêmicos de escolas médicas e jornadas. Qualquer convite que é dirigido à SOBRAMFA para ministrar conferências e cursos, conta sempre com a presença dos Fitness que vão sendo, deste modo, formados na dimensão docente. Especial destaque merece o PRAMEF-21, Projeto Acadêmico para o Médico de Família do Século XXI, onde o fitness atua como preceptor de estudantes de medicina, que são os protagonistas deste ambulatório acadêmico de Medicina de Família. O fitness aprende assim como ensinar e montar discussões acadêmicas; aprende, na prática, a ser professor da disciplina,

Reuniões na A.P.M: As reuniões científicas mensais na APM(Associação Paulista de Medicina), onde a SOBRAMFA dirige o Departamento de Medicina de Família e Comunidade, são apresentadas e coordenadas por estudantes e supervisionadas pelos fitness e preceptores. Nesta atividade os fitness aprendem a orientar o aluno para apresentações, aprendendo também com ensinar. Fazer com que o aluno se motive a estudar, preparar a aula e dar o retorno do aprendizado são pontos educacionais importantes

Congressos: Nos Congressos Anuais e Jornadas da SOBRAMFA o fitness exerce um papel ativo, aprendendo a pensar e desenvolver atividades científicas, congregar pessoas e liderar atividades. Nos Congressos Internacionais (especialmente os da STFM-Society of Teachers of Family Medicine) o fitness viaja junto com professores, alunos e outros médicos da SOBRAMFA..Além do aprendizado com as aulas e palestras, de conhecer professores de medicina de família e discutir temas de interesse comum , o fitness aprende a refletir ---

em conjunto com o grupo e encontrar caminhos para colocar em prática as conclusões. As viagens para Congressos e Atividades Docentes são sempre uma missão científica, que exigem do Fitness a confecção de Relatórios e apresentação de conclusões quando de volta ao Departamento de Medicina de Família da SOBRAMFA

Plantões: Tendo claro o objetivo do Programa Fitness -que é treinar e ensinar os médicos recém formados na “vida real” de um Médico de Família- faz sentido que o aprendiz invista a maior parte do seu tempo de formação fazendo o que ele irá fazer para o resto da sua vida. Assim, o treinamento está estruturado basicamente no acompanhamento longitudinal dos pacientes que ocorre em ambulatórios, visitas domiciliares, Casas de Repouso e Hospitais, quando o paciente que se acompanha previamente necessita de internação. Por tanto, não faz parte do treinamento do FITNESS plantões em setores de urgências, já que a continuidade ao paciente nesses locais não existe na prática.

Um médico de família deve, sim, freqüentar o setor de emergências de um hospital, quando o seu paciente precisa de um tratamento de urgência. Deste modo, os pacientes atendidos pelos professores do programa ou pelo próprio fitness, que necessitem de atendimento médico domiciliar durante a madrugada e final de semana são atendidos de acordo com a solicitação da “vida real”. Essas são as urgências reais às quais um médico de família deve estar atento para responder com competência: o chamado dos seus pacientes, que pode ser a qualquer hora, qualquer dia. Atende-se assim a urgência do paciente que se acompanha, e continua-se centrado na pessoa que se conhece. Nestas solicitações os fitness, que estão de “plantão à distância” em sistema de rodízio clássico, acompanham a visita do professor ou monitor a quem o paciente chamou.

Onde está o médico de família? Onde está o seu paciente: em casa, no hospital, no consultório. Isso é o que deve ser ensinado ao futuro médico de família: estar, sempre, junto ao seu paciente. Ser, de fato, o médico pessoal dele. Com o médico de família, não existem pacientes “órfãos” em hospitais, asilos, ou qualquer outra instituição de saúde.

“**Retreats**”, termo inglês que significa “retiro”. São reuniões periódicas –duas ou três vezes por ano- que os professores de Medicina de Família de vários lugares do mundo (por exemplo, muitos dos que estão vinculados ao STFM) realizam para reflexão, avaliação e planejamento. No caso dos fitness, assistem os “Retreats” que são realizados com a Diretoria da SOBRAMFA, os Professores do Programa, os Médicos Colaboradores Preceptores e o Staff Administrativo, onde se debatem as prioridades da Instituição para o próximo ano além de reforçar os valores, missão e visão da SOBRAMFA. O fitness tem a oportunidade de aprender a construir o próprio rumo da Sociedade Científica da qual faz parte, potencializando já como fitness seus deveres e obrigações.

Vantagem ou Limitação?

O Programa Fitness, como qualquer outro Programa de Formação Continuada sob Supervisão, deve ter como aprendizado prático as atividades regulares de um médico de família; aquilo que o médico que atua como modelo faz de fato, se constitui em objetivo educacional. Se o médico de família cuida de idosos ou faz pequenos procedimentos é neste contexto que o fitness vai aprender. Se o professor não faz partos o aprendiz não aprenderá como fazer. Poderia se pensar que deste modo - talvez dependente demais do modelo-professor - o aprendiz deixará de aprender algumas habilidades clínicas que estes médicos não praticam e vai se hipertrofiar em outras mais usuais, comprometendo assim sua formação. Mas, igualmente se poderá pensar que o fitness aprende, de fato, o que precisa para atender aquela comunidade onde está inserido. Se o médico-professor atua, serve e cuida de uma comunidade, e possui as habilidades para tal, é de se esperar que quem com ele aprende possa substituí-lo porque possui as mesmas competências. Em outras palavras: o que um médico precisa saber é

o que necessita para cuidar bem dos seus pacientes. A multidão de conhecimentos teóricos, completamente inúteis, nos quais o médico investiu tanto tempo, nos deveria fazer pensar numa maior praticidade no estudo, aspecto que o Programa Fitness também prioriza.

Vale a pena, como ponto de reflexão, perguntar-nos se de fato nos aperfeiçoamos naquilo para o qual nossos pacientes nos requisitam? Somos, de verdade, o que os nossos pacientes esperam de nós? Estas perguntas, um pouco incômodas, podem ser respondidas com uma afirmação sincera e direta: Se tivermos os valores da medicina de família enraizados seremos capazes de aprender habilidades clínicas específicas em toda nossa vida profissional de acordo com as necessidades que nossos pacientes tenham. E teremos disposição para tal, porque a teremos para servir.

Esse é objetivo que se deve ter em mente: serviço eficaz ao paciente, preparar-se como médicos para ser úteis, estar disposto a aprender sempre, para servir melhor. Essa competência e maturidade, que se deve esperar de um

médico de família, é a que o Programa Fitness faz questão de imprimir nos seus aprendizes desde o primeiro momento Criar responsabilidades é muito mais eficaz do que estabelecer um detalhamento inútil de regras centralizadas e regulamentação do número e tipo de procedimento, como se faz ordinariamente para outros programas de Residência Médica, e que por vezes amputa a capacidade de criação dos professores. Aplicar isso à Medicina de Família, e querer definir o Médico de Família pelo que faz, e não pelo modo como o faz - pelo estilo único e peculiar, centrado na pessoa, o médico pessoal. Seria encolher a especialidade a um conjunto de procedimentos e apresentar uma visão deformada e desestimulante da Medicina de Família. Um médico de família fará o que os seus pacientes lhe solicitarem, se preparará para isso, mas conservará sempre o estilo único, característico do médico de pessoas.

A SOBRAMFA tem consciência de que o programa FITNESS capacita os médicos para serem criativos, construir sua identidade e se adaptar de acordo com a situação²⁰, preparando-os como futuros professores e líderes da Medicina de Família no Brasil²¹⁻²³.

Referencias

1. Blasco, PG. Medicina de Família: Ciência e Arte com Metodologia Acadêmica. Revista Videtur, São Paulo- Ed. Mandruvá 2003;. 22: 31-40. www.hottopos.com/videtur22/pablo.
2. Improving Health System: The contributions of Family Medicine. A Guidebook. (Collaborative Project of the World Organization of Family Doctor-WONCA & World Health Organization -WHO. www.globalfamilydoctor.com.
3. Bogdewic S. Pratical idealism: A Blueprint for caring. *Fam Med* 2000; 32(6): 372-5.
4. Blasco PG, Levites MR, Bogdewic SP, Sevilla J, Janaudis MA, Roncoletta ATF. Core values and student interest: Reflecting on the FFM Report through the Brazilian Experience. In Peer Paper 38th Annual Spring Conference of the Society of Teachers of Family Medicine; 2005. Conference program. p. 21 PB 5. Disponible en <http://www.stfm.org/AnnualConf/AN05/annual05WEB.pdf>
5. LevitesMR, MoretoG, Blasco PG, Leoto RF, Pinheiro TR, De Benedetto MAC The Fitness Program: Training Family Physicians in Brazil. In: 38 Annual Spring Meeting of the STFM, 2005, New Orleans. <http://www.stfm.org/AnnualConf/AN05/annual05WEB.pdf.2005.p.34>.
6. McWhinney I. *Textbook Of Family Medicine*. New York. Oxford University Press, 1997.
7. Green LA, Graham R, Bagley B, Kilo C, Spann S, Bogdewic S, Swanson J. Task Force 1. Report of the Task Force on Patient Expectations, Core Values, Reintegration, and the New Model of Family Medicine. *Ann. Fam. Med*, Mar 2004; 2: S33 - S50. http://annalsfm.highwire.org/cgi/content/full/2/suppl_1/.
8. Blasco PG, Ramírez VI, Bustos SR, Moreto G. La formación de médicos familiares en Latinoamérica: Timidez académica y liderazgo errático. *Arch Med Fam* 2005; 7(1): 1-3.
9. Blasco PG, Levites MR, Freeman J, Haq C. Educating Physicians for the Health of Brazil: The Role of Family Medicine. *Wonca News* 2004; 30(3): 13-15.
10. Blasco PG, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Azevedo NRS. Accompanying Family Doctors: innovative learning model for brazilian medical students. In: 34 Annual Spring Meeting of the STFM, 2001, Denver, Co.
11. Rosser, W. Prevalence and Predictive Value. In: Rosser, W ; Slawson D; Shaughnessy, A. *Information Mastery: Evidence- Based Family Medicine*. Onatario, BC Decker, 2004.
12. Saultz, JW. Na overview and history of the speciality of Family Practice. In: Saultz, JW *Textbook of Family Medicine: Defining and examing the discipline*. New York, McGraw- Hill 2000.
13. Carmichael, L; Schooley, S. Is Where we are where we were going? A dialogue of two generation. *Fam Med* 2001;33(4): 252- 8.
14. Gonzalez Blasco P. Los Cuatro Pilares de la Medicina de Familia. *Arch Med Fam*. 2004; 6 (2): 31-33.
15. Bogdewic , S. The call for moral leadership. *Fam Med* 2001; 33(2): 86-88.
16. Bogdewic , S. Fishmonger's secret. *Fam Med* 2000; 32(8): 521-22.
17. Slawson DC, Shaughnessy AF, Bennet JH. Becoming a medical information master: feeling good about not knowing everything. *J Fam Pract* 1994; 38: 505-13.
18. Shaughnessy AF, Bennet JH, Slawson DC. Becoming an information master: a guidebook to the medical information juggle. *J Fam Pract* 1994;39: 489-99.

20. Blasco PG, Roncoletta AFT, Janaudis MA, Leoto RF, Freeman J, Haq C. The Family Medicine Miles Program: involving students in family medicine where the medical schools do not. In Lecture Discussion. 37th Annual Spring Conference of the Society of Teachers of Family Medicine; 2004. Conference program. P. 52 <http://www.stfm.org/AnnualConf/AN04/abstracts.pdf>.
21. Bogdewic S. The Question Machine. Fam Med 2000; 32(10): 670-2.
22. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF.. Princípios da Medicina de Família. São Paulo: Sobramfa; 2003. (cfr www.sobramfa.com.br).
23. Blasco PG. Starting Family Medicine in a country: stories from the front line. Panel Plenary Speaker - WONCA 17th World Congress of Family Doctors: 2004.

**SOBRAMFA – Sociedade Brasileira de Medicina de Família
Avaliação do FITNESS**

Fitness: Professor: _____ Data: _____	
--	--

Parte I. Comentários do Professor: Por favor, escreva seus comentários sobre o desempenho do residente.

Parte II. Avaliação em Áreas Específicas

Por favor, assinale os itens que melhor descrevem o desempenho do residente no final do estágio.

Excelente 10 pts cada	Razoável 8pts cada	Regular 6 pts cada	Ruim 0 pts cada	Não possível avaliar
Área 1. Observação direta das habilidades				
<input type="checkbox"/> História lógica, correta e bem focada <input type="checkbox"/> Exame físico completo, correto direcionado para os problemas do paciente.	<input type="checkbox"/> História é usualmente lógica, correta, bem focada. <input type="checkbox"/> Exame físico é usualmente completo e corretamente feito	<input type="checkbox"/> História é freqüentemente incompleta, superficial e não direcionada aos problemas do paciente. <input type="checkbox"/> Exame físico freqüentemente incompleto, não direcionado.	<input type="checkbox"/> História é pobremente organizada com perda de elementos essenciais <input type="checkbox"/> Exame físico é incompleto, e ignora a privacidade do paciente e seu conforto.	<input type="checkbox"/>
Area 2. Cuidado ao paciente				
<input type="checkbox"/> Apresentação do caso clínico inclui o entendimento da doença e as circunstâncias do paciente <input type="checkbox"/> A estratégia do manejo do paciente é dado espontaneamente, bem construída e individualizada	<input type="checkbox"/> Apresentação do caso feita de forma correta <input type="checkbox"/> A estratégia do manejo do paciente é feita espontaneamente sem individualização ou uso de evidência	<input type="checkbox"/> Apresentação com pouca organização <input type="checkbox"/> Soluções/ planejamento não são oferecidos espontaneamente apenas quando solicitados	<input type="checkbox"/> Apresentação do caso sem entendimento do mesmo <input type="checkbox"/> Falta de habilidade para propor soluções/planejamento	<input type="checkbox"/>

Area 3. Habilidades de Comunicação interpessoal				
<input type="checkbox"/> Uso de uma linguagem verbal e não verbal apropriada para a cultura do paciente <input type="checkbox"/> Solicita um feedback do staff e da preceptoria	<input type="checkbox"/> Tenta usar linguagem apropriada <input type="checkbox"/> Aceita feedback, porém não solicita	<input type="checkbox"/> Frequentemente usa linguagem técnica mesmo sendo corrigido <input type="checkbox"/> Não aceita bem feedback construtivo	<input type="checkbox"/> Regularmente é rude com os pacientes e com outros indivíduos da equipe. Trata os pacientes de forma diferente dependendo do sexo, idade, posição. <input type="checkbox"/> Torna-se defensivo ao receber feedback	<input type="checkbox"/>
Área 4. Conhecimento Médico				
<input type="checkbox"/> Conhecimento acima da média de fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e prevenção dentro do seu nível de formação. <input type="checkbox"/> Nenhuma falha no conhecimento básico. Aplicação constante da medicina baseada em evidência	<input type="checkbox"/> Conhecimento de fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e prevenção adequados ao nível de formação. <input type="checkbox"/> Sem grandes deficits de conhecimento. Ocasionalmente utiliza medicina baseada em evidências	<input type="checkbox"/> Conhecimento de fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e prevenção inadequados ao nível de formação. <input type="checkbox"/> Grandes deficits de conhecimento. Falha ao utilizar medicina baseada em evidências	<input type="checkbox"/> Conhecimento de fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e prevenção inadequados ao nível de formação e que não apresenta evolução ao longo do tempo. <input type="checkbox"/> Grandes deficits de conhecimento e que não apresenta evolução ao longo do tempo. Nenhum esforço em utilizar medicina baseada em evidências	<input type="checkbox"/>
Área 6. Conduta Clínica				
<input type="checkbox"/> Integra bem os conhecimentos médicos, os dados clínicos, os custos, riscos e benefícios. Identifica com clareza as limitações do conhecimento	<input type="checkbox"/> Integra bem os conhecimentos médicos, os dados clínicos, os custos, riscos e benefícios com ajuda. Compreende suas limitações	<input type="checkbox"/> Frequentemente falha ao tentar correlacionar dados clínicos e conhecimento médico. Alguma compreensão de suas limitações.	<input type="checkbox"/> Não consegue correlacionar dados clínicos e conhecimento clínicos. Não aceita suas limitações de conhecimento ou habilidades.	<input type="checkbox"/>

Horas de contato com o residente: 0-8 hs 9-20 hs 21 ou mais hs

Número de semanas com o residente: _____

Nome do professor: _____

Avaliação do Profissionalismo

Componentes do profissionalismo	Atingiu expectativas (1 ponto cada)	Não atingiu as expectativas
1. Honestidade/ integridade Verdadeiro com os pacientes, seus pares e no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Responsabilidade Pode ser designado para funções e tarefas. Corresponde as expectativas . Admite seus próprios erros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Respeito aos outros Trata as pessoas com respeito e dignidade, respeitando sua individualidade sem discriminação. Manifesta preocupação com relação ao bem estar dos seus pares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Empatia Escuta atentamente e responde com empatia as preocupações do paciente e sua família promovendo alívio da dor , conforto e diminuição da ansiedade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aperfeiçoamento Regular contribuição no cuidado do paciente através de atualização profissional na literatura, aprendendo com seus próprios erros, buscando excelência através da reflexão e aceitando críticas dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Auto conhecimento Reconhecer a necessidade de ser guiado e supervisionado quando exposto a uma nova responsabilidade concreta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Comunicação/Colaboração Trabalha em cooperação com a equipe e é eficaz na comunicação para atingir o melhor cuidado ao paciente e os objetivos educacionais propostos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Altruísmo Busca a melhor solução para os seus pacientes colocando os interesses deles em primeiro lugar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Participação em atividades de aprendizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pontualidade Pontualidade nas atividades propostas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total de pontos (Possíveis 10)= _____