

O impacto da Medicina de Família na graduação médica: aprendizado centrado na continuidade e atenção primária. A experiência do Ambulatório de Medicina de Família no PROMOVE

The impact of Family Medicine in medical undergraduate programs:
apprenticeship centered in continuity and primary attention. The experience of the
outpatient department of Family Medicine in PROMOVE

El impacto de la Medicina de Familia en la graduación médica:
aprendizaje centrado en la continuidad y atención primaria.
La experiencia del Ambulatorio de Medicina de Familia – PROMOVE

*Adriana F. T. Roncoletta**

RESUMO: O modelo predominante na formação dos alunos ainda está focado em disciplinas e ambientes intra hospitalares. Este modelo enfatiza o tratamento de doenças raras e resulta na falta de continuidade no acompanhamento de doenças. O que observamos frequentemente é uma fragmentação no ensino médico. De acordo com as Diretrizes Curriculares Brasileiras, o Programa de Medicina de Família do Centro Universitário da São Camilo, proporciona aos alunos um modelo longitudinal e integrativo do cuidado, que representa uma abordagem nova e inovadora a qual a continuidade é o princípio básico para realização deste programa. Inserido curricularmente para o terceiro ano da Universidade de São Camilo, o curso ocorre semestralmente na Clínica Escola – PROMOVE onde os alunos estão sob a supervisão de um Médico de Família semanalmente. Estes pacientes são agendados para a mesma dupla que o atendeu, a referência do paciente está no aluno. Ele é o responsável pelo paciente. Os alunos dizem que se "sentem médico", têm a oportunidade de ver os mesmos pacientes várias vezes e aprendem simultaneamente a discutir condutas clínicas e a enfatizar a relação médico-paciente, priorizando as técnicas de comunicação, habilidades essenciais para o cenário ambulatorial. Esse modelo permite que os alunos incorporem os principais valores "core values" da Medicina de Família: – a importância de ver os pacientes como um todo, o desenvolvimento de atitudes humanísticas, e a construção das relações terapêuticas. A continuidade favorece o aprendizado aos estudantes nestes aspectos, e também auxilia a superar os estereótipos que poderiam prejudicar a empatia e julgamento clínico preciso, qualidades essenciais para o desenvolvimento do profissionalismo. Os resultados preliminares deste programa devem motivar instituições que desejam desenvolver programas semelhantes. Mais estudos são necessários para avaliar o impacto a longo prazo destes programas na educação médica.

PALAVRAS-CHAVE: Medicina de Família. Atendimento continuado. Educação Médica.

ABSTRACT: The predominant model in education is still centered in intrahospital disciplines and environments. This model emphasizes the treatment of rare diseases and causes a lack of continuity in caring for diseases. What we frequently notice is a fragmentation in medical teaching. In accordance with the Brazilian Curriculum Guidelines, the Program of Family Medicine of University Center São Camilo provides students a longitudinal and integrative of care, which represents a new and innovative approach where continuity is the basic principle. Part of the curriculum for the third year of the course, the discipline takes place every six months in the Clinical School PROMOVE, where students are under the supervision of a Family Doctor every week. Patients are assisted by the same pair and involved students are the reference for the patient they are in charge. Students say that they "feel like doctors", and they have the opportunity of visiting the same patient several times and learn to simultaneously discuss clinical procedures and to emphasize the relationship patient-doctor, with a strong focus on communication techniques, essential skills for an ambulatory setting. This model allows students to incorporate the "core values" of Family Medicine: – the importance of seeing patients as a whole, the development of humanistic attitudes, and the construction of therapeutic relationships. Continuity favors learning in these aspects, and it also helps them to surpass stereotypes that might damage the empathy and precise clinical judgment, essential qualities for the development of professionalism. The preliminary results of this program may motivate institutions that want to develop similar programs. More studies are necessary to evaluate the long-term impact of these programs in medical education.

KEYWORDS: Family Medicine. Continued service. Medical Education.

RESUMEN: El modelo predominante en la formación de los alumnos es todavía centrado en disciplinas y ambientes intra-hospitalares. Ese modelo pone el acento en el tratamiento de enfermedades raras y tiene como resultado la falta de continuidad en el acompañamiento de enfermedades. Observamos con frecuencia una fragmentación en la enseñanza médica. De acuerdo con las Directrices Curriculares Brasileñas, el Programa de Medicina de Familia del Centro Universitario de la São Camilo ofrece a los alumnos un modelo longitudinal e integrativo del cuidado, que representa un abordaje nuevo e innovador, siendo la continuidad el principio básico para la realización de ese programa. Insertado (en lo que se refiere al currículo) en el tercer año de la Universidad de São Camilo, el curso ocurre semestralmente en la Clínica Escuela – PROMOVE, en que los alumnos están bajo la supervisión semanal de un Médico de Familia. Esos pacientes son incluidos en la agenda de la misma pareja de alumnos que los ha atendido; la referencia del paciente se halla en el alumno. El es el responsable del paciente. Los alumnos dicen que se "sienten médicos", tienen la oportunidad de ver los mismos pacientes diversas veces y aprenden simultáneamente a discutir conductas clínicas y enfatizar la relación médico-paciente, poniendo el acento en las técnicas de comunicación, habilidades esenciales para el escenario ambulatorio. Ese modelo permite que los alumnos incorporen los principales valores "core values" de la Medicina de Familia: la importancia de ver los pacientes como un todo, el desarrollo de actitudes humanísticas y la construcción de las relaciones terapéuticas. La continuidad favorece el aprendizaje de los estudiantes en esos aspectos, ayudando también a sobrepasar los estereotipos que pueden dificultar la empatía y el juicio clínico preciso, cualidades esenciales al desarrollo del profesionalismo. Los resultados preliminares de ese programa deben motivar instituciones que deseen desarrollar programas similares. Más estudios son necesarios para evaluar el impacto de larga duración de esos programas en la educación médica.

PALABRAS-LLAVE: Medicina de Família. Atendimento continuado. Educação Médica.

* Médica. Doutora em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professora de Medicina do Centro Universitário São Camilo. Diretora de Graduação da SOBRAMFA (Sociedade Brasileira de Medicina de Família). E-mail: dri.roncoletta@uol.com.br

Introdução

Considera-se que a crise que atualmente envolve a medicina tem sua explicação na predominante visão biologicista que acarreta um saber médico fragmentado, assim como um alto custo dos equipamentos, exames e tecnologia. A atuação médica perde desse modo o foco principal e pouco espaço resta para considerar a subjetividade e cultura do doente. Além disso, a fragilizada relação médico-paciente tem contribuído para a insatisfação de grande parte de usuários dos serviços de saúde. Como reação a essa crise surgem movimentos de mudança para resgatar uma medicina que contemple o processo saúde-doença, abordando o ser humano nas dimensões biopsicossociais. Na esteira desse raciocínio, caminham as discussões e o processo de mudança também no ensino médico, mostrando acentuada e crescente tensão paradigmática na educação médica, nas últimas décadas¹.

Com muita frequência, o aluno de medicina acompanha pacientes com doenças já instaladas, de maior gravidade ou já apresentando sequelas, e seu contato com o paciente limita-se a uma atuação pontual. Esse paciente é posteriormente, acompanhado por outros médicos e alunos. Em outros casos, os estudantes têm contato com pacientes idosos ou terminais que estão hospitalizados e em busca de diagnóstico. Pouco tempo se dedica na formação do aluno a ensinar o cuidado integral do paciente. Temos, deste modo, um verdadeiro “viés” na educação, que não corresponde à prática médica real do futuro médico².

Por que não abordar, no campo da ciência e da educação médica, o “tratar da vida” de quem está doente? Por que não abordar queixas que parecem não estar presentes nos achados físicos ou laboratoriais

usuais, queixas bizarras, não fisiológicas ou anatômicas, queixas persistentes e que causam debilidade, associadas à ansiedade e à mudança de humor, queixas resultantes de mudança de vida, conflito ou estresse? Tudo isso, muitas vezes, não acarreta internações hospitalares, mas causa grande impacto na vida dos doentes e no próprio sistema de saúde³.

Nas décadas de 1950-60, alguns educadores médicos, reconhecendo o problema no modelo educacional baseado na doença – focado no caso raro e em condições não usuais em pacientes hospitalizados –, começaram a procurar caminhos na tentativa de adaptar o currículo para torná-lo mais apropriado em relação às necessidades da saúde das pessoas, preparando assim, médicos com alta qualidade técnica e capazes de promover o cuidado integral ao paciente^{4,5}.

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), em setembro de 1978, estreava o conceito de “Saúde para Todos”, convocando todos os países – desenvolvidos ou não – a revisarem seus sistemas de saúde, tornando-os acessíveis à população, como direito básico do cidadão⁶. O conceito de atenção primária foi convenientemente esculpido nessa conferência histórica, entendendo-se a atenção como essencial à saúde, baseada num modelo prático e científico, que possui métodos e tecnologias universalmente acessíveis a indivíduos e famílias dentro das comunidades, sendo o primeiro nível de contato do indivíduo com o sistema de saúde do país e condição essencial para o desenvolvimento socioeconômico da comunidade.

Privilegiar a atenção primária implica promover saúde e preve-

nir doenças, e compromete os diversos setores do poder público. Assim, tem-se a atenção primária como a natural porta de entrada para a saúde, o primeiro contato do qual se deve esperar competência e resolução dos problemas apresentados. É tarefa das políticas de saúde preparar o cenário profissional para aqueles que terão como missão providenciar a atenção primária em saúde, incluindo as condições de trabalho e a gestão financeira. É responsabilidade das instituições de ensino formar esses profissionais. No caso em questão, a formação do médico adequado para providenciar essa assistência é missão da universidade⁷.

Ao longo dos anos, a OMS (Organização Mundial da Saúde) promoveu diversas atividades educacionais, como *networks* de centros de treinamentos de professores, implementação de programas e métodos de ensino inovadores para professores, voltados principalmente aos problemas das pessoas e da comunidade⁴. Em 1979, a OMS financiou o estabelecimento de uma instituição educacional, com o intuito de melhorar a saúde das pessoas e da comunidade às quais ela servia, por meio do estabelecimento dos três pilares: educação, pesquisa e assistencialismo⁴. Em relação à educação, durante a WHA 48.8 – Assembleia Mundial de Saúde da OMS (Genebra, maio de 1995), foi promovida uma reorientação da educação e prática médica em benefício da saúde de todos⁸. Nesse documento, foi recomendado que as escolas médicas proporcionassem aos estudantes a oportunidade de aprenderem nos cenários de continuidade e atenção primária, afirmando que os estudantes poderiam ter um melhor aprendizado com médicos generalistas. Embora estas necessidades estejam claras, atualmente observa-se dificuldade na implantação destas modificações curriculares.

Cumprem-se os 32 anos da decisão histórica de Alma-Ata com a proposta de “Saúde para Todos”. As conquistas e as incorporações têm variado ao redor do mundo. Em muitos lugares, a resposta acadêmica ainda é tímida e não alcança os resultados previstos; ao mesmo tempo em que comemoramos, temos muito a fazer, pois a formação dos médicos generalistas tem variado nos anos subsequentes à Conferência Internacional sobre Atenção Primária. Enquanto, em alguns países, as recomendações vieram ao encontro do já iminente crescimento de especialidades voltadas para a atenção primária, como é o caso da Medicina de Família, em outros países a demanda de profissionais com este perfil ficou desatendida. A explicação mais lógica é que as Escolas e Faculdades de Medicina continuaram focadas na formação de especialistas por estarem alicerçadas no paradigma educacional em que a qualidade do médico está tradicionalmente atrelada ao seu preparo como especialista⁹.

Entretanto, a grande maioria das universidades está ajustando os currículos para tornar o processo de formação do médico mais realista. O processo não é simples, e um reflexo disso são as diversas publicações que apontam como esse desafio da formação adequada do futuro médico não se resolve com simples mudanças curriculares^{10,11}. Trabalhos similares na Inglaterra¹² e no Canadá¹³ corroboram tal preocupação.

O ensino médico no Brasil também vem buscando soluções para essas crises. Os debates e as críticas ao modelo antes vigente e a necessidade de avaliar o ensino médico no Brasil levaram, no início da década de 1990, à criação de uma comissão com o objetivo de organizar e realizar essa avaliação e propor medidas para corrigir as deficiências encontradas¹⁴. Essa comissão

reuniu-se em Brasília e recebeu o nome de CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico).

Em 2001, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares para os cursos de Medicina¹⁵, assinalando que esse médico, além de ter uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, e dentro de princípios éticos, deve ser um profissional promotor da saúde integral do ser humano, capaz de trabalhar em equipe. Algumas áreas críticas para a formação desse profissional foram apontadas, como: desarticulação entre teoria e prática, e saúde e doença, decorrentes de um modelo que utiliza o hospital universitário como centro das atividades práticas, com ênfase nas especialidades e nos procedimentos de atenção terciária e quaternária. As diretrizes recomendam a inserção precoce em atividades práticas relevantes para sua vida profissional e a utilização de diferentes cenários de ensino.

Buscando soluções para estas crises, e de acordo com as propostas das Diretrizes curriculares, inserimos no currículo do Centro Universitário São Camilo na Faculdade de Medicina um projeto em Medicina de Família onde num cenário ambulatorial o ensino centra-se na atenção às queixas mais prevalentes (que é de fato a atenção primária básica) e incorpora a continuidade nos cuidados médicos.

Objetivos

Descrever a experiência do programa de Medicina de Família realizada na Faculdade de Medicina do Centro Universitário São Camilo.

Métodos

Este programa esta inserido curricularmente para o sexto se-

mestre da Faculdade de Medicina São Camilo, São Paulo. O curso estende-se ao longo de seis meses, com frequência semanal, de modo que cada aluno frequenta o cenário docente semanalmente. O ambulatório, de atendimento gratuito, acontece na Clínica Escola da Instituição São Camilo – PROMOVE. Os pacientes tem atendimento mediante agendamento prévio de horários. Cada grupo de sete estudantes está sob a supervisão de um Médico de Família formado pela SOBRAMFA – Sociedade Brasileira de Medicina de Família. Enquanto dois alunos atendem um paciente, os outros têm a oportunidade de observar o atendimento através de um espelho (com o consentimento dos pacientes e estudantes). Depois do atendimento todo o grupo – preceptor e alunos – se reúnem para discutir simultaneamente as questões clínicas e humanísticas, discutir os pontos positivos e negativos do atendimento. Depois da discussão em grupo o preceptor e aluno retornam para conversar com o paciente e orientar a conduta decidida.

Estes pacientes tem seus retornos com a mesma dupla de alunos que os atenderam na primeira vez, e a frequência do retorno depende das necessidades do paciente. O paciente entende que o aluno é de fato “o seu médico”, o responsável pelos seus cuidados. A clínica desenvolve um trabalho interdisciplinar com fisioterapia, fonoterapia, enfermagem, nutrição e terapia ocupacional, visto que se atendem muitos pacientes em reabilitação neurológica. Este fator propicia a reflexão dos estudantes para lidar com situações críticas e difíceis com possibilidades reduzidas de cura, assim como também oferece amplas perspectivas no cuidado integral ao paciente, já que o enfermo nunca se reduz à sua doença, mesmo sendo grave, crônica e incapacitante.

Sempre é possível e necessário providenciar um cuidado integral à pessoa.

Resultados

Os resultados têm sido extremamente significantes. Os alunos dizem que se “sentem médicos”, têm a oportunidade de ver os mesmos pacientes várias vezes e aprendem simultaneamente a discutir condutas clínicas e a enfatizar a relação médico-paciente, priorizando as técnicas de comunicação, habilidades essenciais para o cenário ambulatorial.

Esse modelo permite que os alunos incorporem os valores centrais (*core values*) da Medicina de Família: – a importância de ver os pacientes como um todo, o desenvolvimento de atitudes humanísticas, e a construção das relações terapêuticas.

O paciente em reabilitação exige do estudante que aprenda a trabalhar em equipe, e da ampliação do “cuidado global”: sintomas, queixas, aspectos sociais e psicológicos. Essas questões estimulam o estudante a desenvolver criatividade e empatia para cuidar destes pacientes. A continuidade favorece o aprendizado dos estudantes em aspectos com os que dificilmente tem ocasião de enfrentar-se quando o ensino é hospitalocêntrico. Por outro lado, acompanhar um doente crônico ajuda a superar os estereótipos que poderiam prejudicar a empatia e julgamento clínico preciso, qualidades essenciais para o desenvolvimento do profissionalismo.

Os alunos anseiam pelo retorno do seu paciente.

– Professora: a D. Severina voltou...que alegria! Ela veio me procurar”.

Discutir as técnicas de entrevista médica e o exame físico, é

um dos grandes pontos positivos do ambulatório apontados pelos estudantes, já que eles mesmo aprendem a dar feedback, e a dar sugestões de melhorias uns aos outros.

“ambas ficaram algum tempo com a cabeça baixa, só escrevendo... silêncio muito prolongado”

“deveriam evitar de falar como se estivesse falando com crianças, tudo no diminutivo”

Tentar olhar mais para o paciente e parar de dar tanta importância a escrita durante a consulta”

Os colegas demonstraram muito interesse pela atividade escolar do paciente, lembraram do videogame e conseguiram estabelecer um “laço”

Os alunos aprenderam a valorizar os sintomas inespecíficos, aqueles que muitas vezes não encontramos nenhuma correlação fisiopatológica, uma das queixas frequentes de ambulatórios.

“professor não sei se devemos valorizar este formigamento na perna direita, me pareceu que ela precisava sentir algo para estar nesta consulta e nos contar o problema do seu marido”

“o paciente precisava muito ser ouvido, conseguiu expor os seus problemas”

Conheceram e aplicaram o conceito do *watchful waiting*, que é a espera atenta ao acompanhar os seus pacientes, principalmente nas queixas indiferenciadas.

“vamos acompanhar a senhora, vai voltar comigo em uma semana e me dizer se isto que esta sentindo melhorou...”

“professora este ambulatório não tem rotina, nunca sabemos o que estudar? Que matéria necessitamos saber para atender estes pacientes? Cardio? Reumato? Pneumo? Nunca sabemos o que o paciente vai apresentar? É sempre uma surpresa!

Discussão

O aprendizado no ambulatório: novas perspectivas educacionais

O cenário de aprendizado longitudinal, que apresenta ao estudante o acompanhamento com continuidade, também já demonstrou seu benefício em diferentes aspectos¹⁶. Em uma pesquisa qualitativa, estudantes de Harvard Medical School identificaram os cenários de continuidade favorecendo o aprendizado porque constrói uma dinâmica integrativa, ajudando o estudante a aprofundar-se nos problemas dos pacientes, e o paciente torna-se o “verdadeiro integrador” das disciplinas¹⁷.

Em outro estudo multi-institucional avaliando o cenário ambulatorial, as relações interpessoais e o aprendizado de técnicas de comunicação foram apontados como o principal aspecto educacional positivo a ser adquirido nestes cenários¹⁸. O estudante não está apto a manejar doenças crônicas e adesão a tratamento, identificar o que é comum, o que é urgente e o que não é. Estes são exemplos de algumas atitudes incorporadas no atendimento ambulatorial e que precisam ser ensinadas.

O clínico inglês John Fry relata as diferenças entre hospital e ambulatório:

Fora do hospital, as doenças comuns numa comunidade se caracterizam por serem de menor porte, benignas, fugazes e autolimitadas, com acentuada tendência para a remissão espontânea. Sua apresentação clínica tende a ser um tanto vaga e é difícil afixar-lhes um rótulo diagnóstico preciso. Frequentemente permanecem indiferenciadas e não identificadas do começo ao fim do episódio. Muitas vezes, a doença vem acompanhada de problemas sociais, de sorte a exigir uma conduta que simultaneamente faça frente a ambas.^{19”}

O aprendizado no cenário ambulatorial analisado numa revisão sistemática de 101 artigos publicada em *Academic Medicine*, aponta que os aspectos que se destacam nesse modelo de ensino-aprendizado são: cuidado de atenção primária especialmente em doenças crônicas, observação da história natural da doença e progressão das doenças por meio do cuidado continuado, prática de estratégias de promoção e prevenção de doenças, desenvolvimento de habilidades de comunicação e negociação com os pacientes e para lidar com aspectos sociais, financeiros e éticos do cuidado médico²⁰.

Conhecer somente o hospital impede que o estudante conheça o perfil epidemiológico da população para o qual está sendo formado para atuar no futuro. Há um ditado conhecido que exemplifica a importância do conhecimento da epidemiologia em atenção primária: “quando ouvimos um trotar, pensamos sempre primeiro em cavalos, e não em zebras, exceto se estivermos na África”. Isto é importante para lembrarmos que as coisas comuns são comuns, ou seja, é muito mais provável que uma cefaleia seja tensional ou enxaqueca do que um tumor cerebral. Contudo, se o estudante de medicina viu somente cefaleias na serviço de neurocirurgia do hospital universitário, toda vez que avalie um paciente com cefaleia, pedirá uma tomografia de crânio para descartar tumor, já que pensa sempre em zebras, em vez de cavalos²¹.

Coisas comuns são sempre comuns, e doenças raras, raramente se apresentam. Sabemos que os sintomas iniciais das doenças simples e complexas se assemelham no surgimento das doenças. O diagnóstico deve ser sempre sequencial, ponderando os sintomas, acompanhando com uma espera atenta, carinhosa e científica a evolução da doença,

enquanto se conhece a pessoa cada vez mais.

A arte médica está em decadência, como cita McWhinney, porque estamos saturados de preocupações com a categorização das doenças, e nos esquecemos de como é fundamental o entendimento do paciente, que implica saber manejar a doença personalizada em um ser doente e trabalhar o relacionamento entre pacientes e médicos²².

Buscar novos caminhos para o ensino implica perguntar quais são as diferenças de abordagem, manejo, diagnóstico e tratamento que uma perspectiva não reducionista oferece. A maneira de pensar, diagnosticar (ou não diagnosticar), tratar e ensinar medicina exige uma nova abordagem. Como Gayle Stephen comenta no livro *Intellectual Bases of Family Medicine*²³, é necessário um campo de conhecimento que se dedique a identificar um modo de lidar com este manejo e fazer disso uma nova ciência.

Abordagem centrada no paciente e não na doença

A despersonalização da medicina, de certa forma, deixa de lado o que não se compreende fisiologicamente, como se o entendimento dos sintomas e do que realmente está incomodando o paciente não fosse da área do médico.

O aprendizado nestes cenários possibilita o estudante lidar com queixas prevalentes, as vezes inespecíficas – mas que são preocupações dos pacientes. Esta situação de certa forma “obriga” o estudante a importar-se com o que o paciente se importa, e não com aquilo que os médicos estão acostumados a se importar.

Podemos afirmar que 60% dos problemas trazidos pela população geral aos serviços de saúde não podem ser caracterizados como “doenças”. São problemas dos pacientes, preocupações, sintomas e

condições variadas, desde sociais e psicológicas, que chegam diariamente ao médico e que não conseguimos encontrar um diagnóstico claro e definido²⁴.

Saber distinguir entre os conceitos de *Illness* (estar doente) e *Disease* (Doença) é a base para adotar abordagens adequadas centradas no paciente e não na doença. A doença (*disease*) é da competência da patologia e da fisiopatologia, sendo o foco atual da medicina. A enfermidade (*illness*) é estar doente, sentir-se doente, como o paciente se sente e vive sua doença, as percepções e sensações que, por vezes, não revelam mecanismos fisiopatológicos, mas requerem do médico uma visão mais antropológica e humanística da ciência médica.²⁵ É importantíssima a distinção entre a doença – aquilo que os médicos estudam – e o estar doente – a vivência da doença por parte do paciente. A distinção que o idioma português nos traz entre doença e enfermidade é sublinhada no inglês quando se distingue *disease* (doença) de *illness* (estar doente, enfermidade). Se o médico não atinge o mundo do paciente, lidará apenas com uma doença, sem chegar no paciente em si, que é onde a doença realmente existe, personalizada em alguém. Esta compreensão do fenômeno da doença exige do estudante um aprendizado em uma metodologia que requer novas formas de abordagem do paciente²⁶.

Watchfull Waiting – Espera Atenta O não fazer em excesso e acompanhar o doente é uma conduta, que é incorporado nos cenários de continuidade. O que chamamos de conduta expectante, porém, não significa dispensar o doente do consultório e deixar que ele resolva o problema. Significa, sim, que os sintomas do paciente serão acompanhados. Esse termo é traduzido pelos norte-americanos como *watchfull waiting*.

Esta espera atenta requer continuidade, ou seja, ouvir sobre a queixa, avaliar as possibilidades diagnósticas e acompanhar o doente, por vezes para acompanhar a própria evolução natural da doença, onde pode regredir o sintoma que incomoda ou podem surgir outros sintomas de alertas que merecem uma investigação mais detalhada. Praticar o *watchfull waiting* é uma arte que exige, em primeiro lugar, compromisso do médico que acompanhará os sintomas, habilidade técnica em separar o que pode e o que não pode esperar por tratamento e habilidade de comunicação para deixar o paciente tranquilo e sentindo-se tratado^{27,28}.

Quando avaliamos o benefício de uma intervenção terapêutica em um ensaio clínico, por exemplo, o grupo que recebe a intervenção sob investigação deve ser comparado a um grupo controle não submetido à intervenção. Isto porque o benefício observado com uma intervenção terapêutica é consequência do somatório de uma série de fenômenos que podem mascarar o efeito específico (farmacológico do medicamento, por exemplo) da intervenção em estudo. Assim, o benefício observado com uma intervenção pode ser fruto apenas da evolução natural da doença ou apenas do fenômeno estatístico da regressão à média, ou ainda pode ser fruto apenas dos efeitos placebo e Hawthorne, sendo este definido como “a estimulação do objetivo desejado pelo simples fato de estar em observação”. Desta forma, o benefício observado com a intervenção é a soma de possíveis benefícios decorrentes da história natural, da regressão à média, do efeito placebo, do efeito Hawthorne e da ação específica da intervenção²⁹.

Não se pode compreender o cuidado médico ignorando a existência do efeito placebo. Placebo

significa qualquer substância sem ação ou resposta, porém o efeito placebo é uma resposta psicológica não atribuível aos mecanismos físico-químicos das intervenções realizadas. Também ocorrem reações adversas (efeito nocivo) e estes efeitos dependem de cada paciente. Temos exemplos de efeitos placebos que superam os analgésicos e antidepressivos. Ele independe do nível cultural, da inteligência ou da gravidade da doença; na prática diária, o que realmente vemos como placebo são as interações inconscientes entre médico e paciente, independentes da nossa vontade, sendo um recurso terapêutico bastante valioso³⁰.

Ballint chega afirmar que “o remédio mais usado em medicina é o próprio médico, o qual, como os demais medicamentos, precisa ser conhecido em sua posologia, reações colaterais e toxicidade”, mostrando a importância do efeito placebo para o tratamento dos pacientes³¹.

Isto nos demonstra que diversos fatores influenciam no tratamento, o que justifica muitas vezes a “conduta expectante”, na qual parece que não se está fazendo nada, mas, na verdade, se está observando atentamente a evolução natural da doença, a melhora e/ou o desaparecimento ou o surgimento de outros sintomas, o que possibilita o cuidado do doente.

Isto implica sentir-se confortável durante um tratamento, ao mesmo tempo em que se espera a própria evolução dos sintomas, trabalhando com a falta provisória de diagnóstico, aguardando atentamente o surgimento de outros sintomas e aguardando para não solicitar exames desnecessários. Há quem diga que cuidar de doentes sem diagnóstico é fazer mal a eles. Em um atendimento acompanhado de estudantes, um deles disse: “Não é perigoso atendermos este

paciente e deixá-lo sair sem um diagnóstico preciso na primeira consulta?”. O médico de família experiente responde: “Perigoso, caro jovem, é colocar o diagnóstico sem certeza na primeira consulta.”³²

A medicina centrada na pessoa reconhece que é importante conhecer a pessoa que tem a doença. Promove uma relação médico-paciente clara, com disposição para ajudar e compreender o universo do paciente em todas as suas dimensões, tendo consciência de que a doença sempre afeta o corpo e a mente, e também conhecendo as circunstâncias familiares e sociais que personalizam aquele doente. A doença sempre é da pessoa, única e personalizada³³.

O problema está na fragmentação, exemplifica K. Stange no editorial do *Annals of Family Medicine*. Ele conta a história de um homem saudável que procurou diversos médicos tentando encontrar a causa de seu cansaço. Sua queixa era fadiga. Cada médico olhou profundamente em cada órgão no qual era especialista. Cada médico fez os últimos exames de sua especialidade. Cada médico prescreveu as medicações e os conselhos mais recentes de suas áreas. E o paciente, a pessoa, ficou cada vez pior. Ele estava no comando de sua própria saúde, ele comprou o que havia de melhor, comprou “*commodities*”, mas, ao final, a sua fadiga permaneceu e ele sentiu-se mais sozinho. A experiência deste senhor é o contrário do significado de cuidar. Cuidar requer relacionamento baseado em confiança, esperança e sensação de ser conhecido. A fragmentação é o coração da ineficácia³⁴.

A importância de um professor como modelo para integrar os conhecimentos.

O estudante aponta a figura do professor como a chave para o direcionamento do seu aprendi-

dizado. Se o professor demonstra compromisso com o doente, direciona o estudo do aluno no que é mais importante para o paciente (e não para sua pesquisa ou interesse pessoal) e reforça a relação médica com seus pacientes; dessa forma, estará promovendo as mudanças de aprendizado que estamos mostrando como necessárias.

Como o professor servirá como mentor e exemplo a ser seguido, existem características deste professor que devem estar presentes para o ensino eficaz destes cenários ambulatoriais de continuidade. Em trabalho de revisão sistemática, essas características foram apontadas por Ullian³⁵ e Ullian et al.³⁶, como: o professor deverá servir como exemplo – “*role model*” –, ser um supervisor eficaz, dinâmico e dar suporte aos aspectos pessoais.

O professor “modelo” nestes estudos foi considerado aquele com conhecimento e competências clínicas, que prioriza uma boa relação com os seus pacientes, e é reconhecido pela maioria dos seus estudantes como um exemplo a ser seguido³⁷.

Como um supervisor eficaz, o professor deverá promover a oportunidade de os estudantes realizarem o cuidado integral aos doentes, deixar os estudantes realizarem procedimentos sob supervisão, rever os casos e, principalmente, envolver os estudantes na responsabilidade do cuidado do paciente. Excelentes supervisores sabem dirigir e focar o estudo, dando um retorno contínuo aos alunos. A dinâmica do ensino envolve professores entusiastas, interessados em ensinar, com tempo disponível para discussões, e promover a busca de respostas às dúvidas colocadas. Disponibilidade, acesso, transparência em suas atitudes, sem deixar de lado a alegria de cuidar dos pacientes e ensinar, foram características apontadas nestas pesquisas³⁸.

Preocupar-se com os problemas pessoais de seus alunos e valorizar o estudante como um ser humano com suas características individuais também é uma característica importante; com isto, cria-se um ambiente de ensino favorável para que os estudantes possam explicitar suas dúvidas e dilemas. Atualmente, o aluno não encontra um espaço formal para explicitar suas dúvidas, e os ambientes de discussão são sempre competitivos, “intimidando” o aluno a se expor, ou melhor, ensinando o aluno a se defender de colegas, de dúvidas e das incertezas que sempre surgirão no cotidiano de cuidado ao paciente.

Os professores devem agir e pensar centrados na pessoa – paciente e estudante – para oferecer a ambos o melhor que eles têm: suas competências específicas. Necessitam enxergar seus doentes antes de suas doenças; o paciente sinaliza o caminho para uma melhor atuação do médico. Da mesma forma, os estudantes mostram suas expectativas, dilemas, preocupações, aprendizado, que ajudam o médico a aperfeiçoar seu papel como professor.

Kloetzel comenta que, no hospital escola, a perspectiva é estreita, afunilada, e o alvo de todas as atenções são as afecções graves – quanto mais raras, melhor –, ou seja, as questões menores são desprezadas. Tal atitude traz sérias consequências para o ensino, tanto que o estudante se surpreende ao descobrir um panorama inteiramente novo, distinto daquele que aprendeu ao conhecer, no hospital, um mundo onde predominam as “doenças comuns”. Esse contato inicial do estudante com o ambulatório é uma fase muito crítica, porque é necessário que o estudante tenha quem o oriente, um professor compreensivo e com entusiasmo para lhe mostrar que, embora “comuns”, algumas doenças têm o seu

fascínio próprio. Cabe ao professor derrubar a ideia preconcebida de que o atendimento ambulatorial corresponde à monotonia¹⁹.

Cabe ao professor mostrar ao aluno a beleza e o fascínio de um sintoma que ainda se encontra indiferenciado, de uma queixa comum como a tosse e seus diagnósticos diferenciais, mostrar a alegria da tentativa de controlar doenças crônicas, reforçar adesão ao tratamento, fazer malabarismos para entender o contexto daquela preocupação; cabe ao professor, na verdade, mostrar ao estudante a riqueza do mundo do paciente.

A modo de conclusão

O benefício destas iniciativas educacionais em Medicina de Família já foi descrito em diversas publicações. Em diferentes países, como EUA, Canadá e países da Europa, o benefício educacional da atenção primária e continuidade já foram amplamente demonstrados^{39,40,41}.

A SOBAMFA (Sociedade Brasileira de Medicina de Família), existente desde 1992, empenha seus esforços para levar os princípios da Medicina de Família para a área acadêmica^{42,43,44,45,46,47,48}, promovendo a Medicina de Família como disciplina acadêmica ensinando sob a regência da revalorização de um velho conceito: integrar conhecimento teórico e procurar a informação adequada para cuidar dos pacientes, ao mesmo tempo em que se busca a excelência profissional.

Os resultados preliminares deste programa devem motivar instituições que desejam desenvolver programas semelhantes. Mais estudos são necessários para avaliar o impacto a longo prazo destes programas de educação médica. Estar atentos as reformas educacionais, expondo ao estudante o mundo “real” o qual ele ira servir

no futuro com continuidade de atendimento, ensinando queixas prevalentes em atenção primária e principalmente com um professor motivado a mostrar este “mundo real” ao estudante.

O ambiente educacional a que o estudante estiver exposto deter-

minará a atitude do futuro médico. Esse ambiente educacional é composto pelo cenário de aprendizado e, principalmente, pela responsabilidade do professor que orienta o aluno.

Se os estudantes de medicina conseguirem entender as necessi-

dades de nossos pacientes, aí sim os currículos médicos colocarão em prática o que já estão se estruturando a fazer. Formando melhor os estudantes de medicina, de fato, estamos contribuindo para melhorar a saúde do nosso país.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira NA. Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2007.
2. Grosseman S, Patricio ZM. A relação médico paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. *Rev Bras Educ Méd.* 2004;28:100-5.
3. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Aten Primaria.* 2006; 38(4):225-9.
4. Lipkin M. Toward the education of doctors who care for the needs of people: innovative approaches in medical education. *New directions for medical education: problem based learning and community oriented medical education.* New York: Springer-Verlag; 1989.
5. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. Princípios da medicina de família. São Paulo: SOBRAFAM; 2003.
6. World Health Organization (WHO-UNICEF). Primary health-care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. USSR, 6-12 Sept 1978. Genève: World Health Organization; 1978.
7. Janaudis MA, Blasco PG, Haq C, Freeman J. Formando médicos para a medicina de família e comunidade. *Bioética* 2007; 15: 27-36.
8. World Health Organization (WHO). Proceeding of the 48th World Health Assembly. Genève: WHO; 1995.
9. Moreto G, Benedetto MAC, Roncoletta AFT, Lamus F, Blasco PG. La educación médica y la propuesta “Salud para Todos”: la Declaración de Alma Ata treinta años después. *Cuad Med Invest Salud.* 2008; 2(2):109-19.
10. Jamshidi HR, Cook DA. Some thoughts on medical education in the twenty-first century. *Med Teach.* 2003;25(3):229-38.
11. Kaufman A, Waterman RE. Health of the public: a challenge to academic health centers. *Strategies for reorienting academic health centers toward community health needs.* Health of the Public Program. San Francisco: University of California; 1993.
12. Lowry S. What’s wrong with medical education in Britain? *BMJ.* 1992;305:1277-80.
13. Toews J. Presenting the patient as a person: a challenge to medical education. *Hum Med.* 1990;6:180-5.
14. Miranda JFAM. Educação médica: estudo do impacto da adoção da estratégia saúde da família no internato médico [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Católica de Petrópolis, Faculdade de Educação; 2003. 252p.
15. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Parecer da CNE/CES n. 1133., ago 2001. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
16. Norris TE, Schaad DC, DeWitt D, Ogur MB, Hunt DD, and members of the Consortium of Longitudinal Integrated Clerkships. Longitudinal integrated clerkships for medical students: an innovation adopted by medical schools in Australia, Canada, South Africa, and the United States. *Acad Med.* 2009; 84 (7):902-7.
17. Ogur B, Hirsh D. Learning through longitudinal patient care – narratives from the Harvard Medical School. *Cambridge Integrated Clerkship.* *Acad Med.* 2009;84:844-50.
18. Prislín MD, Feighny KM, Stearns JA, Hood J, Arnold L, Erney S, Johnson L. What students say about learning and teaching in longitudinal ambulatory primary care clerkships: a multi-institutional study. *Acad Med.* 1998;73:680-7.
19. Kloetzel K. Medicina ambulatorial: princípios básicos. São Paulo: EPU; 1999.
20. Irby DM. Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. *Acad Med.* 1995;70 (10):898-931.

21. Span SJ. Importancia y función del Departamento de Medicina de Família em la Facultad de Medicina: una perspectiva internacional. *Aten Primaria*. 2009;41 (5):235-7.
22. McWhinney IR. A textbook of family medicine. Oxford: Oxford University Press; 1997.
23. Stephens G. The intellectual basis of family practice. Kansas: Winter Publishing; 1988.
24. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994; 344:1129-33.
25. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med*. 1978; 88:251-8.
26. Stange K, Miller WL, McWhinney I. Developing the knowledge base of family practice. *Fam Med*. 2000;33(4): 286-97.
27. Rosser WW. Application of evidence form randomized controlled trials to general practice. *Lancet*. 1999;353:661-4.
28. Rosser WW. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? *J Fam Pract*. 1996;42: 139-44.
29. Lotufo PA, Bensenor IM. Epidemiologia: abordagem prática. São Paulo: Sarvier; 2005.
30. Blasco PG, Benedetto MA, Villaseñor IR. El arte de curar: el médico como placebo. *Aten Primaria*. 2008;40 (2):93-5.
31. Ballint M. O médico, seu paciente e a doença. 2a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.
32. Blasco PG. Los cuatro pilares de la medicina de família. *Arch Med Fam*. 2004;6 (2):31-3
33. Blasco PG. O médico de família, hoje. São Paulo: SOBRAMFA; 1997.
34. Stange K. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions [editorial]. *Ann Fam Med*. 2009;7 (2):100-3.
35. Ullian JÁ. Family practice resident's perceptions of the role of preceptor: a content analysis of written evaluative comments [Ph.D dissertation]. University of Minnesota, 1989.
36. Ullian JA, Bland CJ, Simpson DE. An alternative approach to defining the role of the clinical teacher. *Acad Med*. 1994;69:832-8.
37. Irby DM, Ramsey P, Gillmore GM, Schaad D. Characteristics of effective clinical teachers of ambulatory care medicine. *Acad Med*. 1991;66:54-5.
38. Irby DM, Ramsey P, Gillmore GM, Schaad D. Characteristics of effective clinical teachers of ambulatory care medicine. *Acad Med*. 1991;66:54-5.
39. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med*. 2005;3:159-66.
40. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke AS, Zyzanski SJ, Stange K. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med*. 2003;1:149-55.
41. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*. 2003;1:134-43.
42. Janaudis MA, Levites MR, Roncoletta AFT, Garcia DSO, Moreto G, Benedetto MAC, Pinheiro TRP, Blasco PG. Academic Family Medicine in Brazil. GP-Miles: the Brazilian approach to make medical students enthusiastic for Family Medicine. *Prim Care*. 2009;9: 280-81.
43. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR, Roncoletta AFT, Moreto G, Benedetto MAC, Pinheiro TRP. How one family medicine organizations is working to change the climate. *Fam Med*. 2009;412:132-44.
44. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR, Roncoletta AFT, Moreto G, Benedetto MAC, Pinheiro TRP. Family medicine education in Brazil: challenges, opportunities, and innovations. *Acad Med*. 2008;83 (7):684-9.
45. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR, Roncoletta AFT, Moreto G, Benedetto MAC, Pinheiro TRP. SOBRAMFA has promoted family medicine education in Brazil since 1002. *Med Educ*. 2008;42:115.
46. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR, Roncoletta AFT, Moreto G, Benedetto MAC,. Impacto de la medicina de familia en la facultad de medicina: análisis cualitativo de uma experiência. *Tribuna Docente on Line*. 2006;8 (4):1-8.
47. Roncoletta AFT, Blasco PG. La situación de la medicina de família en la universidad brasilena. *Tribuna Docente on Line*. 2006;8 (5):1-10.
48. Blasco PG, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR. Medicina de familia y universidad brasilena (II): actividades docentes de la SOBRAMFA com estudantes de medicina. *Tribuna Docente on Line*. 2007;9 (2):1-6.

Recebido em 29 de julho de 2010
Versão atualizada em 11 de agosto de 2010
Aprovado em 27 de agosto de 2010