



**SOBAMFA**

Educação Médica  
& Humanismo

MEMORANDO

2016



## Apresentação

A SOBRAMFA foi fundada em 24 de fevereiro de 1992, como Sociedade Brasileira de Medicina de Família na cidade de São Paulo, por um grupo de profissionais que militavam em diversas especialidades médicas com o objetivo de recuperar a figura do Médico de Família através da formação acadêmica. Este movimento foi animado pela preocupação de construir um modelo médico que atendesse simultaneamente aos aspectos técnicos e avanço científicos, assim como a dimensão humana da medicina, e a postura ética do médico. O Médico de Família poderia ser o elemento integrador do desajuste que a doença produz para o paciente, assim como para a família ao redor e suas consequências nas atividades sociais e profissionais, tornando-se uma referência no cuidado.

Quando em 1996 a SOBRAMFA começou a colaborar em atividades junto aos estudantes de medicina, foi possível observar a grande receptividade e a notável empatia com que o meio acadêmico acolhia sua filosofia de trabalho. Deste modo, a partir desse momento, a SOBRAMFA dedicou o melhor dos seus esforços ao trabalho junto a estudantes de medicina, para lhes proporcionar uma verdadeira formação continuada, iniciando-se no período universitário e seguindo ao longo da vida profissional.

Sempre orientada pelo princípio fundamental da relação médico-paciente-família, a SOBRAMFA cresceu nos seus vínculos institucionais e multiprofissionais empenhando-se em basear, programar e desenvolver suas ações voltadas para uma gestão que considere o bem estar do paciente envolvido pela participação de seus familiares.

Prioriza o acolhimento e assistência, atuando na recuperação e/ou readaptação, promovendo o seu retorno ao ambiente familiar-social nas condições mais adequadas possíveis; ou na sua assistência pelo tempo que for necessário os cuidados em ambiente hospitalar; respeitando sempre os princípios éticos fundamentais relativos à dignidade da

vida na sua singularidade e personalidade, respeitando a privacidade e confidencialidade.

Promove o acompanhamento da família nos limites de suas possibilidades, a fim de alcançar uma maior conscientização e orientação, com a finalidade de atingir a melhor adaptação na convivência diante das transformações ocorridas durante a recuperação, e das expectativas futuras diante do prognóstico do quadro clínico.

A SOBRAMFA, nascida como Sociedade Brasileira de Medicina de Família prepara-se para a comemoração do seu Jubileu de Prata em 2017.

Evoluiu nestes 25 anos de vocação acadêmica-assistencial, para “SOBRAMFA - Educação Médica e Humanismo”. Ao longo desta sua trajetória a SOBRAMFA vem realizando eventos como Congressos, Simpósios e Jornadas, em caráter nacional e internacional, além de promover encontros regulares de reuniões científicas em sua sede e na Associação Paulista de Medicina (1998-2015). O acúmulo desta experiência de trabalho acadêmico, associado aos serviços de assistência prestados em diferentes entidades pelos profissionais com esta formação, renderam mais de uma centena de artigos científicos publicados em revistas nacionais e internacionais, livros didáticos, assim como o desenvolvimento de teses de doutorado de vários de seus membros que hoje constituem a diretoria da SOBRAMFA, e o reconhecimento em prêmios internacionais na esfera da Educação Médica.

A SOBRAMFA conta com equipe especializada na sua formação a fim de promover uma assistência qualificada, orientada pelos princípios de humanização desenvolvidos, aplicados e reconhecidos pelos profissionais que atuam nesta instituição. Para tanto, permanecerá investindo em recursos que possibilitem uma formação acadêmica continuada de seus profissionais, assim como da promoção de projetos de ensino e pesquisa, que possam reverter em melhor e mais humanizada atenção ao paciente e sua família.

## **Diretoria da SOBRAMFA**

Presidente: Prof Dr Pablo González Blasco

Vice-Presidente: Prof Dr Marcelo Rozenfeld Levites

1º Secretário: Prof Dr Marco Aurelio Janaudis

2º Secretário: Dr Pedro Subtil de Paula

1º Tesoureiro: Profª Drª Graziela Moreto

2º Tesoureiro: Drª Jaqueline Margonato Porfirio da Rocha Ferreira

## **Conselho Fiscal**

Primeiro Membro: Prof. Dr.Valdir Reginato

Segundo Membro: Dra.Maria Auxiliadora Craice De Benedetto

Terceiro Membro: Prof. Dr.Emílio Elias Abdo

\* Coordenador dos Estagiários: Dr. Vitor Hugo Boso Vachi



# **Uma filosofia de trabalho para uma nova realidade**

## **Um desafio para a medicina no século XXI**

É de conhecimento de todos que militam na área da Saúde, que a partir da segunda metade do século XX, se instaurou um projeto de assistência médica centrada no atendimento especializado. Inicialmente em caráter hospitalocêntrico e depois expandido para os ambulatórios, esta medida resultou em uma rápida fragmentação no atendimento do paciente, que passou a ter muitos especialistas, e faltava um médico que o assistisse integralmente.

O reconhecimento deste fenômeno, caracterizado por um elevadíssimo custo, (pelos recursos tecnológicos dos exames empregados, por vezes repetidos e sem fundamentação consistente), dificuldades administrativas e logísticas para atender o paciente por diferentes especialidades e uma insatisfação por parte da população, (que se sentiu despersonalizada), resultou na chamada desumanização da medicina. A resposta a esta realidade instalada, sem culpados, mas resultante de uma tendência natural que maravilhou os médicos com o rápido avanço tecnológico oferecendo recursos cada vez mais sofisticados para atendimento, voltou-se para um programa de caráter social e economicamente viável, e que respondesse ao processo de desumanização. Assim nasceu em 1988 o PSF – Programa de Saúde da Família.

O PSF instalado nas condições do SUS (Sistema Único de Saúde) apresenta em sua argumentação objetivos precisos para um atendimento que pudesse aperfeiçoar a assistência a saúde dentro dos parâmetros mencionados. Rompeu-se com a ideia da especialização para todos, adotando-se a integração ao invés de fragmentação e deslocando-se dos hospitais, para ir ao encontro dos pacientes, principalmente nas periferias, e em suas casas, onde residem os mais necessitados por todas as carências muito bem identificadas e conhecidas.

Ficou estabelecida uma rede onde a família estava assistida do conceito gestacional, até o idoso acamado em condições de imobilidade em casa, mediante o recurso das visitas domiciliares em caráter multiprofissional, característica marcante do PSF. É inegável que passados quase 30 anos de existência, as dificuldades ainda são muitas para que se alcancem todos os objetivos desejados a princípio, no entanto, observa-se que o caminho tomado foi acertado, beneficiando milhões de famílias em Atenção Primária em todo território nacional. A aceitação e desenvolvimento do PSF foram notadamente observados nos municípios mais carentes e com menor população. Nos grandes centros metropolitanos, o PSF localizou-se mais na periferia destas cidades com êxito em muitas áreas de sua atuação.

## **Uma nova realidade**

No entanto, em um país com as dimensões continentais como é o Brasil, e com a diversidade cultural que caracteriza um sincretismo, onde as desigualdades sociais se instalam também pelos fatores socioeconômicos, torna-se impossível, ou ao menos um desafio gigantesco, eger um sistema de assistência médica que cubra necessidades tão diversificadas. As dinâmicas de vida familiar apresentam-se, por vários fatores, totalmente diferentes em cidades pequenas se comparadas às regiões metropolitanas. E nestas encontraremos áreas distintas entre suas periferias e regiões mais centrais, com populações com características próprias e conseqüentemente com hábitos e dificuldades distintas na dependência da localização. No âmbito da assistência médica, estas condições passaram a exigir condições que pudessem ir ao encontro das necessidades destes grupos populacionais. Nas grandes regiões metropolitanas esta população não é insignificante, pelo contrário, pelo fenômeno da urbanização, verificado mundialmente, torna-se cada dia maior, exigindo uma resposta por parte das autoridades de assistência à saúde a seus problemas peculiares.

Numa visão mais abrangente poder-se-ia compreender estas necessidades se antes se verificasse as características desta população. Por ocuparem áreas mais centrais não estão vinculadas diretamente

ao PSF, mas em grande parte constituem a sociedade assistida por convênios e seguradoras. É uma população com longevidade maior, e conseqüentemente comprometida com os problemas de saúde que mais crescem nesta faixa etária: doenças crônicas em estágio avançado com sequelas, doenças oncológicas, ou pacientes mais jovens mas comprometidos com processo de reintegração longo ou readaptação difícil decorrente de traumatismos violentos. Nos três grupos uma condição comum: internações hospitalares repetidas e prolongadas ou internações em instituições de longa permanência. Além disto, boa parte destes pacientes olham para um horizonte de complicações reincidentes que leva a finitude, onde os cuidados paliativos se apresentam como o melhor caminho a ser seguido.

Dentro do conceito de PSF, o lugar mais adequado para a permanência destes pacientes é o próprio ambiente familiar, onde com a ajuda de cuidadores procura-se oferecer as condições mais adequadas ao paciente em seu próprio habitat. Não se contesta esta premissa que, no entanto, nem sempre pode ser acolhida pela população alvo examinada acima, quer por não apresentar familiares permanentes em casa, quer por falta de recursos para os cuidadores, ou pela impossibilidade de manter os aparelhos e suporte necessários para assistência, principalmente em condições de terminalidade acompanhada de angústia respiratória, ou dor de difícil tratamento. O destino destes pacientes volta-se para internações repetidas em hospitais gerais, com leitos insuficientes, mais restritos ainda quando para pacientes em cuidados paliativos sem data provável de alta, ou de melhora.

## **Em busca de uma resposta a nova realidade**

A história recente revelou uma nova opção a esta população para encaminhar ou acolher seus familiares: as chamadas casas de repouso, hoje atualizadas para residenciais. Não são hospitais, não são centros de saúde, nem mesmo um hospital dito de retaguarda; são locais de moradia, em princípio para idosos, que foram se adaptando para receber uma população mais diversificada, comprometida nas condições mencionadas acima. Evidentemente, estes locais que na sua origem não

exigiam a presença de um médico de rotina, mas para eventualidades, onde frequentemente se encaminhava o morador para o hospital, passa agora, dentro de uma nova realidade de pacientes, a determinar a presença obrigatória de uma equipe de saúde, incluindo o médico.

Além dos Residenciais para idosos, temos também outro cenário de atuação profissional crescendo nos grandes centros: Os Hospitais de transição, ou de retaguarda. Voltados para acomodar pacientes em reabilitação ou cuja complexidade do caso não necessite de um hospital de grande porte, estas instituições são hoje uma realidade a se contemplar.

Estes estabelecimentos ainda que não apresentem a estrutura hospitalar na sua complexidade, devem estar suficientemente equipados para a assistência que requer seus pacientes, para que estes não necessitem de transporte para hospitais pela menor intercorrência. Da mesma maneira, devem estar preparados para os cuidados paliativos de pacientes que necessitem desta assistência, sem a transferência para hospitais. Isto facilita o acolhimento de familiares tornando este doloroso período menos sofrido em ambiente e circunstâncias familiares mais adequadas.

Este cenário vai ganhando cada dia maior procura, principalmente, nos grandes centros urbanos. Estes pacientes apresentam quadros clínicos, que passaram a ter concomitância de morbididades, tornando a expectativa de internações hospitalares mais frequentes. O processo de reabilitação prolongado, nem sempre opera com facilidade no domicílio, na dependência da complexidade e limitações do paciente. Além disso, portadores de doenças oncológicas, mereceram uma visão ética diferenciada na fase de cuidados paliativos. Surge a pergunta: E qual é o médico que se apresenta melhor formado para prestar assistência a esta nova realidade?

A resposta nos obriga a refletir na formação médica nas últimas décadas. Foi mencionado no início que as especialidades predominaram as opções dos formandos. O Clínico Geral fora praticamente extinto, ou mesmo visto como incompleto, insuficiente para um atendimento atualizado. As visitas domiciliares, baluarte dos médicos de família do passado, substituídas pelo atendimento em Prontos-socorros, fazendo do domicílio do paciente, quase um local de emboscada para o médico que lá fosse atuar sem a infraestrutura hospitalar completa e complexa,

contando desde exames laboratoriais bioquímicos até Ressonância e o suporte de UTI.

Criou-se o PSF, mas as dificuldades em se conseguir profissionais em número suficiente e comprometidos inteiramente com este propósito ainda estão longe de serem superadas. Haja vista a recente transferência de milhares de médicos cubanos ao país, mesmo descontados os fatores políticos não médicos. Ainda assim o médico do PSF deve cobrir condições que incluem a pediatria, saúde da mulher, epidemiologia, vacinação, saúde do trabalhador e outras, que não fazem parte desta população dos residenciais. Por outro lado, não são os profissionais que estão sempre próximos quando se desencadeia o fenômeno da morte do paciente, condição não rara nesta população que surge com características próprias, e necessitando de assistência específica. A Geriatria parecia de início ser a especialidade mais adaptada a esta nova situação. Profissionais especializados em idosos, que residiam em casas de repouso com suas intercorrências, estavam familiarizados para prestar uma assistência adequada a estes pacientes.

No entanto, a evolução dos acontecimentos revelou que não são somente idosos os que lá se encontram. Pacientes mais jovens com sequelas importantes, com recuperação longa, ou mesmo com doenças crônicas e oncológicas que necessitam da assistência especializada em cuidados paliativos, começam a delinear um grupo, que se desvincula do universo geriátrico. São pacientes que apresentam mais do que dor, mas um sofrimento próprio que ecoa em suas crenças, exigindo assistência espiritual muitas vezes.

Uma nova situação constatada é o envolvimento familiar destes pacientes, que por vezes assumem maior importância para a atenção do médico, do que o próprio paciente. São dinâmicas com diferentes conteúdos e cenários, que fogem tanto do idoso habitual, como das condições do médico do PSF. São famílias que necessitam de uma orientação frequente devido à mudança de rumo em suas vidas, pelo acometimento do paciente. São famílias que procedem de atendimentos com muitos especialistas quando retornam do hospital por alguma intercorrência, mas sentem-se perdidas na integração de tantas informações superpostas. São famílias que apresentam um sofrimento próprio que

compromete suas crenças, suas esperanças, desorientam-se nas próprias vidas e necessitam ser amparadas também neste aspecto. São familiares que são questionados pelo médico a uma decisão compartilhada quanto ao que fazer com o paciente, sem que tenha informações suficientes e claras ou respostas adequadas as suas dúvidas para poder colaborar.

Este novo espaço de atenção médica apresenta uma característica de transitoriedade onde vários pacientes que se encontram em ambiente hospitalar e que, sem condições de retornar para casa, serão transferidos para estas instituições de longa permanência ou mesmo hospitais de retaguarda. Ocorre que muitos destes pacientes não apresentam condições de alta, ou necessariamente permanecerão por períodos longos com tempo indeterminado. Neste período situações de crise e intercorrências fazem com que retornem ao hospital, onde a dinâmica é outra, levam a contatos com diferentes profissionais, exigindo um esforço de adaptação e readaptação pelo paciente.

Exatamente nestes deslocamentos, nos quais a assistência hospitalar, por vezes incluídos vários especialistas, para um local onde nenhum especialista visitará, é que ocorre a insegurança do paciente e da família sobre qual o caminho a seguir com o paciente. É fundamental que isto não fique a cargo de parentes de boa vontade, que recolhem mil informações desde amigos solidários até as receitas separadas de cada especialista sobre o seu setor de atuação no paciente, entregues pelo hospital.

## **SOBRAMFA: Uma proposta concreta**

As circunstâncias exigem que exista para este novo cenário, que inclui as enfermarias hospitalares, instituições de longa permanência, e ambulatórios que abrigam estes pacientes, um médico conhecedor do paciente em seu histórico e na sua dinâmica em profundidade; e conseqüentemente capaz de gerenciar este complexo universo para direcioná-lo para uma melhor assistência e qualidade de vida.

Um médico competente e com canais abertos aos recursos multiprofissionais especializados se necessários, sem conduto transferir o paciente, mas assumindo o gerenciamento de toda esta complexidade presente nos pacientes portadores de doenças crônicas, neoplasias

avançadas, ou sequelas significativas, que compreende desde as acomodações, enfermagem, nutricionista, fisioterapia, fonoaudiologia, prescrição médica e eventualmente exames e procedimentos periódicos quando necessários.

Na sua atuação este profissional equilibra as eventuais sobreposições de condutas e exames, esclarece as possíveis prescrições conflituosas, otimiza procedimentos, conseguindo, com frequência, uma diminuição significativa no período de internação. O resultado é uma prevenção de “hospitalites” (desde infecções até iatrogenias) com redução de custos. Não menos importante, mas fundamental, a sua atribuição de atenção junto aos familiares, para que eles se sintam seguros diante dos passos e condutas a serem tomadas. Isto é humanização.

Para tanto, verifica-se que em virtude do já mencionado acima, este profissional médico não está saindo preparado dos bancos da graduação médica. A formação que favorece o afunilamento dos conhecimentos para uma determinada especialidade provoca insegurança para o jovem profissional que se vê na posição de acolher um universo maior do que lhe foi oferecido para compreensão. Pode parecer incrível, mas o recém-graduado em medicina não se forma para conviver com a morte de seus pacientes. Neste campo de atuação isto fará parte do seu cotidiano, somado da angústia em lidar com a família do moribundo, onde não se sente seguro ou preparado. O médico está se formando para se esconder por detrás de uma infinidade de exames e possíveis procedimentos que atrasam o seu encontro com o paciente e família, até que termine o seu plantão, ou os resultados sugiram um encaminhamento ou quem sabe chegue um colega mais disposto a este desafio. Neste novo campo de atuação, muitas vezes os exames são totalmente desnecessários, não há outros procedimentos a fazer senão a presença física, completa e serena do profissional, que deve se apresentar em pessoa, como o médico responsável do paciente, sem procurar saídas de emergências, mas totalmente ocupado na atenção ao seu paciente e familiares que se apresentam aos seus cuidados naquele momento. Isto é humanização. Forjar este profissional dentre aqueles que assim o desejam saindo da faculdade é a proposta do projeto que se segue.

Um profissional que preste uma atenção integral a este paciente, um acompanhamento horizontalizado, quer no período de internação hospitalar, quer na assistência ambulatorial, ou quando de seu encaminhamento para internação em instituições de longa permanência. Um médico ciente de que o exercício da medicina implica na sua capacidade de relacionar-se bem com a assistência multiprofissional, assim como com os especialistas, quando necessário, imprescindível para estes pacientes. Um médico que saiba que os exames são meios de informações, quando necessários, e os recursos tecnológicos sofisticados que embasam procedimentos à disposição nem sempre deverão ser utilizados como a melhor opção para a qualidade de vida daquele paciente. Um médico que entenda que o paciente não está só no mundo e sua doença repercute no seu universo familiar que lhe diz respeito a considerar, porque desta família procede o maior apoio para a superação do paciente ou o seu melhor descanso. Um médico que entenda que o exercício da medicina não é uma luta inglória contra a morte, mas a assistência com serenidade e fidelidade ao paciente, enquanto dele necessitar. Isto é humanização.

Acreditamos que seja possível sim, selecionar, acolher e formar profissionais médicos com este perfil. Um profissional que contribuiria, a nosso ver, em suprir uma lacuna na sociedade atual, que já angustiada clama por este profissional há tempos, ou silencia-se pela falta de esperança por não ver referência. Arriscaríamos a afirmar, que o projeto presente cumpre oferecer uma assistência aqueles que vivem uma realidade metropolitana nos dias atuais sem alcançarem amparo. O desafio está posto em encontrar aqueles que esperamos poder oferecer um caminho novo: Uma nova área para a educação médica integral e humanizada.

## Programa de formação

Segue-se uma breve explanação do que se realiza na SOBRAMFA há muitos anos, sempre com uma visão de atualizações e adaptações para um melhor desenvolvimento de seus profissionais, sem se afastar das bases do humanismo, com período de duração mínimo de dois anos.

Nos capítulos que se seguem se poderá constatar como estas atividades foram desenvolvidas durante o ano de 2016.

A proposta está alicerçada em três frentes:

1. Atividade profissional médica
2. Formação acadêmico-científica
3. Formação cultural em humanidades médicas

### 1. Atividade profissional médica

Esta categoria é desenvolvida em três frentes de trabalho:

1. Visitas em enfermaria de pacientes com doenças crônicas, oncológicas ou cuidados paliativos.
2. Estágio em instituições de longa permanência.
3. Ambulatórios gerais de pacientes com doenças crônicas, oncológicas e de reintegração social.

As atividades são complementadas com visitas a UTI, visitas domiciliares, e estágios-visitas em instituições de longa permanência com ampla experiência, assim como plantões supervisionados.

Os participantes em primeiro ano têm priorizadas as atividades em Enfermarias de diferentes áreas em esquema de rodízios trimestrais pela manhã, ocupando-se de atividades em ambulatório e nas instituições de longa permanência no período da tarde. Todas as atividades acompanhadas por professores qualificados.

No segundo ano, os participantes com a experiência adquirida, trabalham nas atividades de ambulatório e visitas as instituições de longa permanência. Contudo, não deixam de assistir às visitas e supervisionar os colegas do 1º ano nas enfermarias, juntamente com os professores. Nesta fase se enfatiza o seu desenvolvimento na capacidade de gerenciamento clínico dos casos acompanhados.

## **2. Formação Acadêmico-Científica**

Esta categoria é desenvolvida em duas frentes de trabalhos:

1. Reunião “marca-passo”: trata-se de encontros semanais com duração de duas horas, onde são apresentados casos clínicos destacados pelos participantes a todos do grupo (inclusive docentes). Também nestes encontros os participantes têm previamente agendados temas de interesse para atualização científica.
2. Estudo dirigido: trata-se de atividade para aprendizado de metodologia científica para o desenvolvimento de trabalhos, utilizando-se da experiência adquirida durante os estágios, ou de seus temas correlatos, com finalidade de elaboração de artigos científicos para publicação.

### **Formação cultural em humanidades médicas.**

Esta categoria é desenvolvida em um período mensal, no chamado “jantar cultural”. Participam convidados profissionais ou artistas de diversas áreas da sociedade num todo, que possam colaborar mediante suas experiências na formação cultural dos participantes. Priorizam-se profissionais e temas que estejam mais próximos das características que envolvem o universo do grupo de pacientes acompanhados na clínica. Também pode fazer parte desta atividade assistir a filmes ou discussão de clássicos da literatura, assim como narrativas médicas, que colaboram para a formação dos participantes.

## **Conclusão**

Observa-se que com esta proposta o participante do projeto sai, mediante o seu empenho e dedicação, com uma formação sólida enquanto um profissional médico competente e habilitado para trabalhar na área de interesse, tanto na sua atuação diante do paciente/família, como na sua capacidade de gerenciamento diante da equipe de especialista e recursos tecnológicos necessários. Deverá associar uma bagagem de formação humanística que lhe permita uma motivação continuada ao longo da vida, onde poderá, se assim desejar, encaminhar-se para a universidade onde estará preparado para o seu desenvolvimento acadêmico.



## **Marca-passo: discussões de casos clínicos e artigos científicos**

Os encontros de “Marca-Passo” constituem, dentre as atividades desenvolvidas, uma tradição fundacional na SOBRAMFA. Nestes encontros às segundas-feiras, no período das 14:30h às 16:00h, todos os participantes se encontram para a apresentação de artigos, previamente selecionados pela Diretoria Científica, trazendo o que há de mais atual nos diferentes campos da medicina clínica. Durante a discussão há uma natural interação dos profissionais com maior experiência com os mais jovens, o que permite ir além do que se lê, e alcançar o que se vivencia, principalmente nas entrelinhas do relacionamento médico-paciente-família, muitas vezes esquecido entre tantas informações de dados laboratoriais e protocolos encontrados nas publicações.

Você pode ter acesso ao conteúdo do marca-passo científico através do site. Acesse a área do sócio em [sobramfa.com.br/marcapasso-cientifico](http://sobramfa.com.br/marcapasso-cientifico).

Segue os temas abordados em 2016.

### **Fevereiro**

**01/02 – Dr. Pedro.** Cuidados Paliativos.

**15/02 – Dra. Jaqueline.** Insônia e alteração comportamental.

**22/02 – Dra. Graziela.** Anti-inflamatórios, sangramento e TEP em pacientes com Fibrilação Atrial.

**29/02 – Dr. Marco Aurelio.** Demência no final da vida.

### **Março**

**07/03 – Dr. Marcelo.** AAS na pré-eclâmpsia.Prevenção de Coqueluche. Atualização de Vacinação.

**14/03 – Dr. Pedro.** Evidencias em Endocrinologia.Evidencias em Gastro e Hepatologia.

**21/03 – Dra. Jaqueline.** Diabetes tipo II: medicações e insulina. Contusões e Plaquetopenia.

**28/03 – Dra. Graziela.** Evidências em Cardiologia. Cirrose e complicações, manejo. Encefalopatia hepática.

#### **Abril**

**4/4 Dr. Marco.** Dislipidemia em Jovens. Perfil glicêmico e novidades na DM II.

**11/4 Dr. Marcelo.** Terapêutica farmacológica da obesidade. Screening de Ca Colo Retal.

**18/4 Dra. Lorena.** Asma iniciada na idade adulta.. Caso: Fibromialgia e retenção urinária.

**25/4 Dr. Vitor.** Personificar a morte na UTI. Prescrever com Arte e Ciência.

#### **Mai**

**2/5 Dra. Jaqueline .** Anti inflamatórios e risco cardiovascular. Fluconazol na gravidez.

**9/5 Dra. Ligia .** AVC de causa desconhecida. Obstipação em adultos.

**16/5 Dr. Pedro.** Ca de Próstata. Marcadores de Ca e Bexiga. Hiponatremia.

**23/5 Dra. Graziela.** Diagnóstico e Manejo da Gota. Inibidores DPP4 e metformina.

**30/5 Dr. Marco.** Avaliação na suspeita de TEP. Prazosin para pesadelos pós traumáticos. Gamapatia Monoclonal.

#### **Junho**

**6/6 Dr. Pedro .** Dieta e atividade física para diabéticos.

**13/6 Dr. Vitor.** Manejo de cefaleias em adultos, e cefaleias tensionais.

**20/6 Dra. Lorena.** Dois artigos sobre alopecia. Revisão de litíase renal.

**27/6 Dra. Jaqueline.** Anticoagulação e cirurgia eletiva. Anticoagulantes, antiagregantes.

#### **Julho**

**4/7 Dra. Lorena.** Bifosfonatos e Osteoporose. Drogas para Osteoartrite. Disfunção tireoide e risco de fraturas.

**11/7. Dr. Vitor.** FA e atividade física. Guia para imagens em Tórax. Cintilografia em pacientes com angina.

**18/7 Dr. Pedro.** Caso: Distensão abdominal e creatinina elevadas  
Esofagite eosinofílica. Pancreatite Crônica.

**25/7 Dra. Jaqueline.** Dislipidemias: state of the art.

### **Agosto**

**1/8 Dr. Marcelo.** Epilepsia, revisão. Eritropoetina e qualidade de vida. Algoritmo para nódulo pulmonar.

**8/8. Dr. Vitor .** Antibióticos em infecção respiratória. Teste cutâneo em TB: a quantas estamos?

**15/8 Dra. Lorena.** Uma série sobre DPOC, com variações interessantes.

**22/8 Dra. Jaqueline .** Noções básicas de nutrologia aplicadas na prática clínica.

**29/8. Dr. Marco.** Uma série sobre aspirina e variações.

### **Setembro**

**5/9 Dr. Pedro.** Pro-atividade em Paliativos e antidepressivos como analgésicos.

**12/9. Dr. Vitor .** Vertigem. Diclofenaco tópico para osteoartrose. Confusão e alteração de comportamento

**19/9 Dra. Lorena .**Vários artigos sobre cardiocirculatório para discutirmos.

**26/9 Dra. Jaqueline .**Uma série sobre depressão: incluindo depressão em crianças, intoxicação por antidepressivos e editorial.

### **Outubro**

**3/10** Discussão de Caso (Preparação para o Congresso). Discussão de caso, paciente G (HMSC).

**10/10. Dr. Pedro.** Câncer de origem indeterminada. Tratamento de obstipação no uso de opióides.

**17/10 Dra. Lorena.** Continuidade de cuidados, fazendo a diferença Corticoide na paralisia de Bell e corticoide na infância.

**24/10 Dra. Jaqueline.** TVP e anticoncepcionais. Levedura de arroz vermelho x estatinas. Rouquidão na abordagem para o clínico.

**31/10. Dr. Vitor.** Febre e adenopatia inguinal: caso clínico. Intestino irritável em mulheres: melhor tratamento.

### **Novembro**

**21/11 – Dra. Joana e Dra. Jaqueline.** Hipotireoidismo subclínico: tratar ou não. Residencial de idosos e trabalho em equipe.

**28/11 – Academos 42/16– Vitor.** Antibióticos em infecção respiratória. TB latente e teste cutâneo.

## **Marca-passo de construção humanística: reflexões e vivências**

A formação profissional para uma medicina integral não pode estar limitada ao conhecimento técnico-científico já referido no Marca-Passo Científico. É fundamental para que ocorra um crescimento da formação humanística deste profissional que também se reflita e se aprofunde nos temas pertinentes a formação pessoal do profissional, tendo em vista o seu relacionamento com o paciente, família, e temas correlatos a personalidade, assim como na sua vocação acadêmica.

Neste intuito os encontros do Marca-Passo de Construção Humanística: Reflexões e Vivência, não se apresentam como um anexo às demais atividades, diminuído em sua importância para a prática profissional, mas sim como condição fundamental para aqueles que querem exercer de fato a arte da prática médica.

A reflexão pessoal enriquecida pelos exemplos dos participantes amplia o olhar clínico, no qual o profissional não é somente observador, mas participante ativo na relação com o paciente e a família com suas características pessoais que se tornam visíveis no contexto do atendimento, chegando a influenciar, algumas vezes, de modo decisivo nas condutas terapêuticas e alterando prognósticos.

O conhecido ditado do “médico como remédio” não pode ser relevado a segundo plano. Quando a postura profissional pode colocar em risco a decisão por um tratamento mais conservador ou mais invasivo e de maior risco, ou interferir na empatia que compromete a sequência do tratamento, o médico deve saber que um gesto, um sorriso inadequado, um semblante duvidoso ou apreensivo, um aperto de mão confiante, podem ser decisivos.

Para tanto, refletir nos cuidados pessoais que deve ter em manter seu desempenho adequado as condutas necessárias torna-se tão importante quanto o seu conhecimento sobre diagnosticar e decidir sobre a terapêutica.

Segue os títulos dos encontros mensais realizados no ano de 2016, às terças-feiras das 19:30h às 21:00h.

**23/Fevereiro**

Uma aliança para a excelência: Gestão da Informação e a Arte da Comunicação

**22/Março**

Construindo uma Relação Médico Paciente eficaz: Modelos Teóricos e Virtudes Práticas

**26/Abril**

O exercício filosófico da Prática Médica: Idealismo, Liderança e Trabalho em equipe

**17/Maio**

Medicina Integral e Caminhos de Aprendizado: a autoconstrução do médico holístico e resolutivo.

**28/Junho**

O médico de família no hospital: gerenciamento e coordenação de cuidados. Perspectivas do Hospitalista.

**05/Julho**

As histórias que nos constroem. A arte de ensinar.

**23/Agosto**

Construindo a Identidade Profissional e lidando com a Complexidade do ser humano: uma requisito na excelência profissional.

**27/Setembro**

O desgaste profissional (Burn Out) em médicos e estudantes. Os caminhos de prevenção e reconstrução.

**25/Outubro**

Novos paradigmas para aperfeiçoar o conhecimento e o raciocínio científico: intuição, emoções e flexibilidade.

**29/Novembro**

A Arte Médica e o Profissionalismo: reflexões para a construção de um modelo eficaz.

## **Reunião raciocínio clínico**

A associação do conhecimento científico, a formação pessoal humanística proporcionada pelos Marca-passos já mencionados, favorece o desenvolvimento do raciocínio clínico de uma maneira mais ampla, alcançando os objetivos da atuação de uma medicina integral de assistência ao paciente e de apoio a família.

Estas reuniões são abertas para graduandos de medicina que apresentam casos vivenciados, com a abordagem e discussão feita por profissionais formados e professores.

Nesta etapa o profissional encontra o desafio de confrontar-se com o caso real, não fragmentado em sua abordagem, mas com um olhar holístico na busca do(s) diagnóstico(s). Discute-se a melhor maneira de encaminhar os procedimentos propedêuticos e terapêuticos, avaliando todas as possibilidades e tomando a decisão mais adequada aquela situação e circunstâncias, alicerçado em princípios éticos que implica não necessariamente no emprego de todos os recursos tecnológicos possíveis, mas sim a melhor qualidade de vida ao paciente.

É fundamental que se aborde a postura profissional, o possível envolvimento multiprofissional e as implicações familiares diante do paciente em questão. Ao longo de 2016 os casos que mereceram atenção foram:

**Março:** Jovem com febre a esclarecer há 3 meses.

**Abril:** Homem de 46 anos com sede e diurese excessiva desde a infância.

**Maior:** Artralgia refratária em paciente de meia idade.

**Junho:** Idosa com rebaixamento do nível de consciência.

**Agosto:** Piora da “falta de ar” há 1 mês

**Setembro:** Dor abdominal associada a máculas cutâneas

**Novembro:** Cefaleia, náuseas e vômitos em homem de 35 anos

## Estagiários 2016

Vários estudantes de medicina participaram dos estágios de formação dentro da programação apresentada, que atualmente está sob a coordenação do Dr Vitor Hugo Boso Vachi. A SOBRAMFA, no intuito de caminhar na melhoria de sua metodologia, solicita que ao término do estágio o participante faça uma avaliação do seu aproveitamento.

Seguem algumas declarações daqueles que concluíram o seu estágio de uma semana, junto aos profissionais da SOBRAMFA em seus diferentes campos de atuação clínica, assim como da participação das atividades acadêmicas teóricas.

**1-Nome:** Lucas José de Antonio

**Data:** 11/1/2016 a 22/1/2016

### **Aprendizado**

Tive o privilégio de acompanhar grandes profissionais e vivenciar situações ímpares com pacientes e familiares. O estágio me proporcionou uma grande chance de ver a teoria sendo colocada em prática de uma maneira humanizada e com total respeito ao paciente.

### **Depoimento**

O estágio foi de grande valia para mim pois pude acompanhar grandes profissionais que têm prazer de ensinar o exercício da medicina de maneira humanizada. Os locais por onde passei (hospitais, ambulatórios, casas de repouso e clínicas de transição) me proporcionaram a oportunidade de vivenciar situações ímpares envolvendo os médicos, os pacientes e seus familiares. Sem sombra de dúvida foram dias inesquecíveis e regados de muito aprendizado!

---

**2- Nome:** Isabella de Oliveira Mareca

**Data:** Dias 4 a 8 de julho de 2016

**Aprendizado**

Houve muito aprendizado técnico na prática da medicina familiar, mas o mais forte foi a aprendizagem da abordagem humanística dos pacientes, perante várias situações diferentes.

**Depoimento**

O programa da SOB RAMFA me ensinou coisas que levarei para a vida, sem dúvidas foi a melhor experiência que já vivenciei dentro da medicina, confirmando meu amor pela profissão e me ajudando a esclarecer várias dúvidas acerca da medicina familiar e suas abordagens. Além de me propiciar todas as aprendizagens, estabeleceu um vínculo de colegas com os médicos da sociedade, que me ajudaram muito em todos os momentos novos que vivi. Com toda certeza é um programa que repetirei até o final da graduação.

---

**3- Nome:** Stephanie Avesani João Figueiredo Carneiro

**Data:** 04/07 a 15/07

**Aprendizado**

O maior aprendizado que eu tive nesse período do curso foi a maneira de abordar o paciente, não tratando a doença em primeiro plano, e sim as necessidades do paciente. Nesse processo, o paciente é o centro e todo o resto que o completa faz parte da medicina integral, que não engloba um único fator, e sim o indivíduo como um todo.

**Depoimento**

Melhor experiência relacionada a medicina que já participei. A cada dia eu achava que estava no meu ápice de conhecimento até que no dia seguinte eu conseguia aprender mais ainda. Acho essencial para todo estudante de medicina tendo como base a medicina integralizada que visa todos os cuidados com o paciente, além da equipe de excelentes profissionais.

---

**4- Nome:** João Godoy

**Data:** 22/07/16 - 29/07/16

**Aprendizado**

Apreendi que a vida do médico é extremamente dinâmica e gratificante, e exige habilidade e perspicácia para lidar com as adversidades que podem surgir, além da importância de uma visão holística do paciente, levando em consideração uma visão psicossociobiológica do doente.

**Depoimento**

O estágio da SOBRAMFA permite que o estudante de medicina tenha uma vivência de como se dá o dia-a-dia de um médico. Por meio de acompanhamentos de pacientes em hospitais, é possível perceber a importância de uma visão holística do paciente, levando em consideração todas as questões que envolvem uma situação delicada como a de um doente: o contexto social, familiar, psicológico e biológico. A integração desses itens faz do médico da família um personagem essencial no desenvolvimento do exercer da medicina, bem como no sucesso da evolução do paciente. Recomendo a todos que se interessam ou tem curiosidade de saber como tudo isso pode ser aplicado no dia-a-dia do profissional da saúde.

---

**5- Nome:** Caroline Ribeiro Monasterio

**Data:** 18 a 29 de julho

**Aprendizado**

Conhecer novos locais de atuação (como os residenciais de idosos), visão da prática dos cuidados paliativos, comunicação com os familiares.

**Depoimento**

O estágio possibilitou ter contato com diversas histórias de pacientes que vão muito além da sua moléstia. Na faculdade de Medicina muitas vezes essas histórias são negligenciadas em detrimento da técnica, e isso é tido como normal pela maioria dos alunos, que caminham

para uma formação cada vez menos humana. A experiência de estar em um ambiente com um atendimento focado no paciente é essencial para a formação do médico. Não tenho dúvidas que essas semanas tiveram um impacto sobre a minha visão sobre Medicina (e o que ela deveria ser).

---

**6- Nome:** Natalia Rodrigues Pinto

**Data:** 31/10-04/11

### **Aprendizado**

Como Doutor Pablo muito bem comentou: “Aprendi a curar sorrindo”. Aprendi a clínica e fui muito além da medicina.

### **Depoimento**

O que aprendi com vocês não está nos livros de medicina. Talvez o lema desta instituição seja, realmente, “curar sorrindo”. E levarei isto comigo por toda a minha vida.

---

**7- Nome:** Maria Fernanda Moura Fernandes Ribeiro

**Data:** 31 de Outubro a 4 de novembro

### **Aprendizado**

Um exame mais detalhado de cada paciente, a ler e identificar possíveis alterações em alguns exames, o aprendizado de técnicas até então desconhecidas, o que a leitura dos prontuários nos dizem, a consequência clínica de algumas anormalidades e distúrbios metabólicos e muitas outras coisas.

### **Depoimento**

O estágio na SOBRAMFA foi umas das melhores experiências que eu já tive. Acrescentou e muito não só na minha vida acadêmica mas na minha vida pessoal também. Saio desses estágio ainda mais apaixonada pela medicina, com vontade de estudar sempre mais para me tornar uma

médica melhor e mais humana para os meus futuros pacientes. Cada médico que convivi durante essa semana incrível me inspirou de alguma forma e me ensinou, também, a medicina que não está nos livros.

---

**8- Nome:** Pedro Eduardo Ricciardi Cosac

**Data:** 8/12/2016 à 14/12/2016

### **Aprendizado**

Coloquei meus aprendizados da faculdade em prática. Aprendi a exercer uma boa relação médico paciente; Convivi o dia-a-dia de uma prática clínica intra-hospitalar; E acima de tudo me tornei mais humanizado e respeitoso para com o paciente.

### **Depoimento**

Me inscrevi para além de obter novos conhecimentos, testar os meus já aprendidos em faculdade. Entretanto, obtive conhecimentos não só relacionados à prática médica, mas sim relacionados a capacidade do médico influenciar a família necessitada. Um estágio que além de fornecer muito conhecimento medico, me tornou mais humano.

---

**9- Nome:** Jean Marcelo Strippoli Doffini

**Data:** 8 a 14 de dezembro de 2016

### **Aprendizado**

Aprendi que o principal atributo de um médico é a empatia, pois a partir do momento que nos colocamos no lugar dos pacientes, conseguimos proporcionar o melhor cuidado, nos livrando de qualquer crença própria ou egoísmo, e sabendo o que realmente importa para o paciente é o mais importante.

### **Depoimento**

O programa de estágio da SOBRAMFA foi sem dúvida uma experiência inesquecível, pude acompanhar de perto a rotina ambulatorial, hospitalar, e

aprender como a medicina paliativa é realizada. Estar ao lado de profissionais que são extremamente habilidosos em se relacionar com o paciente foi muito engrandecedor para mim. Saio desse programa com uma sensação de não só ter evoluído como estudante, mas também como humano.

---

O aprendizado relatado pelos diferentes participantes aponta que há o conteúdo técnico, necessário e imprescindível para a prática médica, mas com uma aplicação diferenciada pela postura profissional com humanismo, no qual o paciente é assistido como um todo, inclusive em relação ao seu entorno familiar.

Quanto aos depoimentos, apesar de um período breve, de poucos dias, de estágio, fica uma impressão marcante em relação a alguns pontos que se repetem: a postura dos profissionais da SOB RAMFA em relação ao paciente e família, a dedicação em relação aos estagiários, e principalmente o que isto veio a influenciar, positivamente, não só no aspecto de atitude profissional, mas também do desenvolvimento pessoal.

O estágio não atingiria por completo seus objetivos se não conduzisse os estudantes a esta inquietação interior para um desenvolvimento pessoal, que deverá ser a motivação para um melhor desempenho junto aos seus pacientes. Não é outro o caminho do verdadeiro processo de humanização, quando este parte de um crescimento interior da pessoa do profissional, para que este venha a influenciar na sua prática clínica. Confirma-se desta maneira a importância de uma formação, não somente técnica, mas também cultural, que envolva os aspectos cognitivo, volitivo e afetivo; associada a experiência pessoal de profissionais – professores – com maior tempo de vivência. Este é, no entender da SOB RAMFA, o modelo para uma formação e, conseqüentemente, atuação mais humanizada no contexto da saúde.



## **Publicações e participações**

Neste capítulo estão inseridos os artigos científicos publicados por participantes e colaboradores da SOBRAMFA ao longo de 2016, tanto em periódicos nacionais, como internacionais, assim como a participação em Congressos, Jornadas e Seminários, atingindo o público especificamente médico, realizados por pesquisa na própria instituição ou em locais de atuação de trabalho. Também constam as publicações de informação em periódicos que colaboram para a educação do público leigo.

Em 29 de Fevereiro de 2016, após o lançamento prévio ocorrido no Congresso de Humanidades Médicas realizado em Goiânia pelo Conselho Federal de Medicina em Dezembro de 2015, se realizou na sede da SOBRAMFA o lançamento oficial do livro “Humanismo em Medicina”, organizado por Blasco, Benedetto e Reginato, com a participação de mais de uma dezena de autores.

Esta obra reúne uma coletânea de artigos publicados na RMB Oncologia, que apresenta em seu conteúdo a experiência de anos da SOBRAMFA na sua prática de Educação Médica e assistência aos pacientes e famílias. Esta experiência gerou teses de doutorados, apresentações em congressos nacionais e internacionais; além de promover narrativas de pacientes envolvidos em atendimentos, assim como de estudantes da graduação nos seus estágios. Desta maneira, o livro promove um terreno propício para a reflexão de todos aqueles que se dedicam a ciência e arte médica, no intuito de desenvolver cada vez mais o humanismo na sua postura profissional, que não se limite a atuação clínica, mas dirige-se a construção de uma nova academia de medicina.

## SOBAMFA - Educação Médica

### AUTORES

Dante M. C. Gallian  
 Diego Toniolo do Prado  
 Graziela Moreto  
 Jaqueline M. P. R. Ferreira  
 João A. A. G. Prats  
 Marcelo R. Levites  
 Marco Aurelio Janaudis  
 Margareth Angelo  
 M.<sup>a</sup> Auxiliadora C. de Benedetto  
 Pablo González Blasco  
 Pedro Subtil de Paula  
 Raymundo S. de Azevedo  
 Rosana M. Irie  
 Thais Raquel S. P. Pinheiro  
 Valdir Reginato

# Humanismo em Medicina

Pablo González Blasco  
 M.<sup>a</sup> Auxiliadora C. de Benedetto  
 Valdir Reginato



SOBAMFA

Humanismo em Medicina



É tentador que, nós, médicos, busquemos lidar com os dilemas e dificuldades que emergem em nossa atividade diária por meio de princípios pré-estabelecidos construídos a partir do modelo médico biomecânico baseado na especialização, fragmentação e avanços tecnológicos, o qual predomina na atualidade. Tentador, mas insuficiente. Percebemos que falta algo...ou muito. Escapam à nossa observação as particularidades de cada paciente, ao tempo em que sentimos falta dos recursos adequados para proporcionar-lhe um cuidado personalizado. Este cuidado integral contempla todos os aspectos do ser humano – físico, mental, emocional, cultural, social, espiritual – e inclui detalhes do contexto e especificidades do relacionamento médico-paciente.

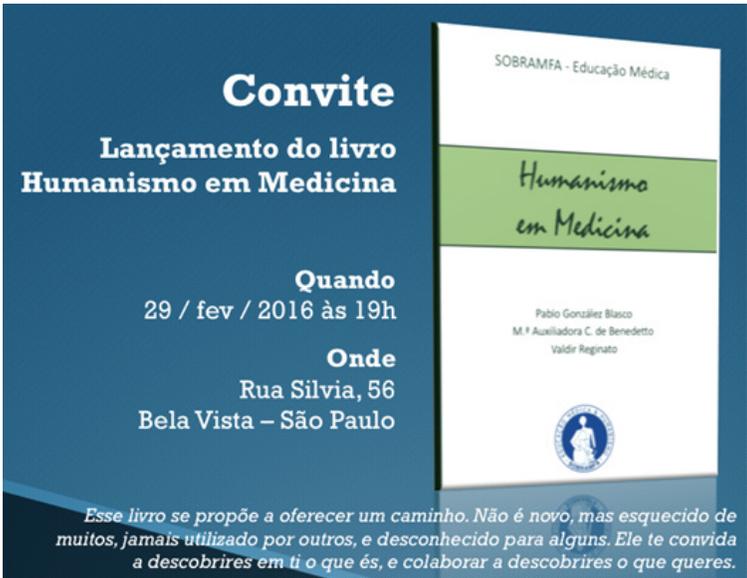
Este é o objetivo da presente obra. A proposta de um caminho que traga o Humanismo Médico, serve-se das Humanidades, permite construir um modelo de médico Humanista e Humanizado. Um profissional que preste uma atenção integral ao paciente. Um médico ciente de que o exercício da medicina implica na sua capacidade de relacionar-se bem com a assistência multiprofissional, assim como com os especialistas. Um médico que saiba que os exames são apenas informações e os recursos tecnológicos sofisticados que embasam procedimentos à disposição nem sempre deverão ser utilizados como a melhor opção para a qualidade de vida daquele paciente. Um médico que entenda que o paciente não está só no mundo e sua doença repercute no seu universo familiar que lhe diz respeito a considerar, porque desta família procede o maior apoio para a superação do paciente ou o seu melhor descairno. Um médico que entenda que o exercício da medicina não é uma luta inglória contra a morte, mas a assistência com serenidade e fidelidade ao paciente, enquanto dele necessitar. Isto é humanização. Arriscaríamos a afirmar, que o projeto presente oferece um desafio incômodo: para humanizar o sistema são imprescindíveis profissionais humanizados.

Humanismo em Medicina é o resultado de vários textos publicados nos números da revista RMB Oncologia ao longo de cinco anos, que discorrem sobre diversas facetas das Humanidades ligadas à Medicina. Os autores, na maioria médicos da SOBAMFA- Educação Médica e Humanismo, que juntam à sua atuação clínica a componente acadêmica – ensino e pesquisa – escreveram os capítulos que aqui se recolhem em forma de livro. São apresentados reflexões e modelos que permitem incorporar os recursos humanísticos necessários para um enfoque humanista no ensino e prática de uma **Medicina Integral**.



ISBN 978-85-9202200-1

0 770824 7 20001



**Convite**

**Lançamento do livro  
Humanismo em Medicina**

**Quando**  
29 / fev / 2016 às 19h

**Onde**  
Rua Silvia, 56  
Bela Vista – São Paulo

SOBRAMFA - Educação Médica

*Humanismo  
em Medicina*

Pablo González Blanco  
M.ª Auxiliadora C. de Benedetto  
Valdir Reginato

*Esse livro se propõe a oferecer um caminho. Não é novo, mas esquecido de muitos, jamais utilizado por outros, e desconhecido para alguns. Ele te convida a descobrires em ti o que és, e colaborar a descobrires o que queres.*

## Artigos publicados

### **UM MÉDICO TÃO JOVEM E JÁ EM BURNOUT? REFLEXÕES E EXPERIÊNCIAS PARA CONQUISTAR A FELICIDADE PROFISSIONAL.**

Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG. Clinical Oncology Letters. , v.1, p.24 - 29, 2015.

Resumo: O tema do “burnout” é assunto presente nas publicações, eventos médicos e nas conversas informais. O desgaste que atinge já o jovem profissional assume um protagonismo preocupante. No presente artigo –que tem como base uma investigação que culminou em tese doutoral recente- os autores expõem as possíveis causas e apontam para soluções, com ênfase na prevenção do esgotamento laboral do médico. O exemplo do docente, que acompanha o jovem profissional e lhe impulsiona a refletir, é um ponto de partida que ilumina a esperança dos jovens, e aumenta a responsabilidade dos docentes. Enumeram-se

também uma série de recursos que facilitam a construção pessoal de um caminho para conquistar a realização profissional. Assim: tomar consciência da própria missão colabora no interesse profissional. Aprender a conhecer-se, aceitando as limitações; saber estabelecer hierarquias e prioridades; inserir-se em ambientes de trabalho em equipe e, finalmente, cuidar de si mesmo, buscando uma vida sem divisões são elementos que, trabalhados com constância e regularidade, previnem o burnout.

***Such a young Doctor going into Burnout? Reflection and experiences for pursuing professional happiness.***

***Abstract:*** *The burnout syndrome comes up repeatedly in publications and in the medical scenario. Even young doctors are exposed to this professional erosion very often. In this paper –which is an academic reflection over a recent PhD research- the authors describe possible causes of burnout and point out some solutions with emphasis on its prevention. Teachers as role models, accompanying young professionals and fostering reflection, is a good start that lights up hope for the new generations of physicians and increases seniors’ responsibility. Resources that facilitate personal construction of a “path for professional happiness” are enumerated. Thus: to explicit doctors’ mission sustains interest for doctoring; to learn how to set hierarchy and priorities bringing efficiency and tranquility; to be engaged in scenarios that support team work; and finally, to learn how to take care of themselves and designing an undivided life, unifying personal and professional goals. All those issues when incorporated with constancy and regularity bring harmony and prevent burnout.*

“Mas eu te digo que qualquer ofício torna-se filosofia,  
torna-se arte, poesia, invenção;  
quando o trabalhador dá a ele sua vida,  
e não permite que essa vida se parta em duas metades:  
uma para o ideal, outra para os afazeres quotidianos,  
mas converte a tarefa diária e o ideal numa mesma coisa

que é, simultaneamente,  
obrigação e liberdade,  
estrita rotina e inspiração  
constantemente renovada.”

Eugenio D’Ors: “*Aprendizaje y heroísmo*”

## 1. Situando o problema: Um desafio que a técnica não resolve

As publicações e apresentações em eventos médicos, têm sido invadidas nos últimos anos pelo tema do “burnout” (na tradução literal “queimar por completo”). Este termo, que está na moda e em inglês para maior destaque, não é mais do que o esgotamento físico e mental cuja causa esta intimamente ligada á vida profissional<sup>1</sup>. A síndrome do “burnout” está relacionada com muito trabalho<sup>2</sup>, pouco descanso<sup>3</sup>, perda da percepção de autonomia e dúvida<sup>4</sup>, culpa e exagero na percepção da responsabilidade e exaustão. Tal situação ocasiona uma ação profissional despersonalizada, uma falta de percepção de realização, desordens psiquiátricas e incidência de depressão, por vezes grave.<sup>5,6,7</sup> Dados recentes apontam que 55% dos médicos queixam-se que eles e suas famílias sofreram devido a sua escolha profissional<sup>8</sup>. Menos do

---

1. Fredenberg HJ. Staff burnout. J Social Issues. 1974;30(1):159-65.

2. Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physician of today. Social Sci Med. 2001;52(2):203-13.

3. Fith’Cozen J, Moss F. Hours, sleep, teamwork and stress. Sleep and teamwork matters as much as hours in reducing doctor’s stress. BMJ. 1998;317(7169):1335-6.

4. Grant P. Physician job satisfaction in New Zealand versus the United Kigdom. N Z Med J. 2004;117(1204):U1123.

5. Hawton K, Clements A, Skarovicht C, Simkins S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and speciality in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. J Epidemiol Commun Health. 2001;55(5):296-300.

6. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, et al. Confornting depression and suicide in physician: a consensus statement. JAMA. 2003;289(23): 3161-6.

7. Hampton T. Experts address risk of physician suicide. JAMA. 2005;294(10):1189-91

8. Sullivan P, Buske L. Results from CMA’S huge 1998 physician survey point to a dispirited profession. CMAJ .1998;15995:525-8.

que 44% dos homens e 26% das mulheres estão muito satisfeitos com suas profissões<sup>9</sup>

Por que o termo “burnout” tem ganhado tanta repercussão? Seria decorrência da globalização que enaltece a razão e o resultado financeiro? Seriam as regras da economia e da vida contemporânea que estabeleceram outros parâmetros? Mudou a medicina, a perspectiva da sua prática, ou foram os médicos os que mudaram?

Seja qual for a resposta, o que não se pode negar é esta realidade que se projeta ameaçadora sobre a vida de muitos médicos.<sup>10,11,12</sup> Aquilo que é base de conversas informais, e de publicações ou apresentações em congressos não é mais do que o reflexo do que se vivencia. Um desgaste que se acumula com a rotina e com o passar dos anos pode ser compreensível. Mas quando o desânimo vital atinge jovens profissionais é questão de se perguntar onde estamos errando na formação dos jovens médicos. Estamos, de fato, preparando eles para a vida real, para o dia a dia, ou as instituições formadoras contentam-se com insuflar conhecimentos e habilidades sem prestar atenção ao cuidado especial que requer a consolidação da vocação médica?

Não há como negar. A rapidez e a tecnologia ganharam força nos tempos de hoje. As pessoas, médicos e pacientes, têm cada vez menos paciência, e mais recursos disponíveis, o que alimenta situações rápidas. A sociedade acredita que fazendo uma tomografia de corpo total em 5 minutos é melhor do que uma entrevista e um acompanhamento de longo prazo com o seu médico.

Outra questão presente é a premissa –tão sedutora como incorreta– de que o desenvolvimento tecnológico pode nos levar para uma medicina perfeccionista, exata. A mídia destaca, com razão, que nunca antes na história da medicina tivemos tantos avanços. Mas, mesmo sendo verdade,

---

9. Gunderson L. Physician burnout. *Ann Intern Med.* 2001;135(2):145-8.

10. Goldberg R, Boss RW, Chan L, Goldgerg J, Mallon WK, Moradzadeh D, et al. Burnout and its correlates in emergency physician: four years’ experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med.* 1996;(3912):1156-64.

11. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physician. *Am J Med.* 2003;114(6):513-9.

12. Benson J, Magrait K, Compassion fatigue and burnout: the role of Ballint groups. *Aust Fam Phys.* 2005;349(6):497-8.

dista muito de ser absoluta<sup>13</sup>. O aumento da expectativa dos resultados da ciência e da tecnologia intensifica, proporcionalmente, nossa percepção de risco com a incerteza<sup>14,15</sup>. Como disse J. F. Kennedy: “Quanto mais adquirimos conhecimento, mais evidente fica nossa ignorância”.

Estas considerações nos ajudam a enfrentar com a serenidade devida, a questão da impaciência tecnológica. Mas, a população, de maneira geral, não conhece estes argumentos. O apelo da tecnologia é sedutor, e a informação médica está hoje ao alcance de qualquer um. Também do paciente, que pesquisa e busca soluções, e até sugere ao médico caminhos a tomar, além de todo tipo de explicações.

O acúmulo de possibilidades tecnológicas deixa o jovem profissional mergulhado num dilema perante o enorme menu de opções, às quais devem se acrescentar as dúvidas que o próprio paciente lhe apresenta. A incerteza e o medo de errar lhe desgasta. O leque de opções existentes que despertava a angústia de Kierkegaard, onde a escolha de uma possibilidade exclui as outras, assume hoje protagonismo no cenário tecnológico médico. As muitas árvores impedem o profissional de ver o bosque.

É com esta realidade que o médico de hoje deve aprender a lidar. E para tal deve evitar a tentação de “discussões pseudo-acadêmicas” com os pacientes, que de nada adiantam, e inspirar, com a sua postura profissional, a confiança necessária que conquista o paciente. Não se trata de saber mais e mais para sair da incerteza e convencer ao paciente: o objetivo é mesmo uma mudança de atitude, uma construção do verdadeiro perfil profissional do médico<sup>16</sup>.

---

13. Bosk CL. Occupational rituals in patient management. *New Engl J Med.* 1980;303:71-6.

14. Kassier JP. Our stubborn quest for diagnostic certainty: a cause of excessive testing. *New Engl J Med.* 1989;320:1489-91.

15. Peterson DK, Pitz GF. Confidence, uncertainty, and the use of information. *J Exp Psychol.* 1988;14:85-92

16. Levites MR. Caracterização do perfil de residentes no enfrentamento das incertezas clínicas relacionadas com o atendimento médico. Tese Doutoral apresentada na FMUSP, Maio 2015.

## **2. A força do exemplo: esperança para os jovens, responsabilidade para os mais velhos**

Muitos são os desafios no campo da melhor percepção e vivência do “burnout”. A preocupação sobre o tema é um passo importante, mesmo que não haja respostas claras a todas as perguntas e dúvidas até o momento. Saber que existe este risco, é já um conhecimento importante e o primeiro passo para lidar com ele.

Não há dúvida que existe uma íntima relação entre as experiências de vida e o desenvolvimento de uma melhor resposta na vida profissional e perante a ameaça do “burnout”. Daí surge à importância do exemplo/modelo num cenário de aprendizado, onde estudantes e jovens médicos são inspirados pelas atitudes dos seus professores durante a prática com o paciente. Ver um professor reagindo diante de uma situação clínica ligada ao “burnout” ajuda o colega mais novo a incorporar um modelo de atuação.

O modelo educacional onde os estudantes aprendem com professor enquanto este atua junto do paciente é um modelo clássico que se remonta às corporações de ofício da Idade Médica. O aprendiz junto ao mestre, vendo fazer, fazendo junto com ele, em contínua supervisão. Esse modelo, que os educadores de língua inglesa denominam “Tag-along” (como grudar-se e andar juntos!), permite que os estudantes incorporem atitudes e comportamentos na abordagem do paciente real e identificam questões úteis para o seu futuro profissional<sup>17</sup>.

Quando refletimos sobre o tema do “burnout”, a prevenção é muito importante. Não é só lidar com a questão quando chegamos no limite, no problema. Para prevenir temos que nos olhar como exemplo. Sabermos que somos nós como médicos ou professores os que podemos ajudar os aprendizes a se fazerem melhores. O exemplo fala mais forte do que as palavras e as técnicas que eles (os aprendizes) observam em nós. Parafraseando a célebre frase de Osler: “Mais importante do que o médico faz, é o que paciente pensa que o médico está fazendo” ,

---

17. Blasco PG, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA. Accompanying Physicians in Their Family Practice: A Primary Care Model for Medical Students’ Learning in Brazil. *Fam Med.* 2006.38 (9): 619-621.

poderíamos dizer que mais importante do que o professor faz, é o que o aluno pensa (sente) que ele está fazendo. E mais importante do que dizemos, é o que nos vemos fazer. O que eles –os jovens- pensam que estamos fazendo. Lembremos que o que mais forma um aluno é ver um médico ou professor sênior corrigindo-se, explicitando seus equívocos<sup>18</sup>.

### **3. Recolhendo Experiências: Construindo recursos próprios para prevenir o Burnout**

No meio de tantas preocupações com a nova geração de novos colegas envolvidos com o “burnout” é preciso encontrar saídas estruturadas como bem aponta um estudo canadense<sup>19</sup>. Ao invés de se esgotar discutindo a tragédia dos males da medicina moderna deve-se colocar ênfase nas respostas de apoio às novas gerações como. Recolhamos a seguir alguns conselhos, embasados na literatura e nos clássicos: o humanismo é uma saída consagrada para cada um encontrar o seu lugar no mundo.

Senso de contribuição, consciência de missão, manter o interesse profissional: As concepções atuais enfatizam que todos na equipe de saúde são importantes e que os médicos devem abandonar uma atitude de protagonismo, mais própria do passado, e que hoje seria arrogante. Esta verdade –que, aliás não é moderna mas de sabor clássico pois o trabalho em equipe não é descoberta recente - , quando mal entendida, pode fazer com que o médico esqueça o seu papel que, sendo tão importante como o dos outros integrantes da equipe, é peculiar e único. Integrar as ações dos diversos profissionais, dando voz a todos, agregando o trabalho de cada um em sinergismo eficaz que deve convergir em benefício do paciente requer do médico que assuma a sua missão. Com presença e personalidade, sem delegar funções que lhe cabem diretamente. Exige postura e competência; uma atitude colaborativa e elegante, aberta para com todos, sabendo manter o paciente como objeto primordial das ações da equipe de saúde. Parece simples, mas exige construir uma personalidade madura.

---

18. Hepworth J. Life Is Not a Dress Rehearsal: It's Time to Take Care of Ourselves and Our Learners. *Fam Med* 2013; 45(8): 537-8

19. Jensen PM, Trollope-Kumar K, Waters H, Everson J. Building physician resilience. *Can Fam Phys*. 2008;54(5):722-9.

Ortega comenta na sua conhecida obra *A Rebelião das Massas*<sup>20</sup> que a pessoa *snob* é a aquela que não tem nobreza; simplesmente não entende ou percebe a sua tarefa na sociedade. O termo *snobe* originou-se nas listas de vizinhos onde, após o nome, costumava colocar-se o título nobiliário. Para os cidadãos que careciam desse título, colocava-se apenas *sine nobilitate*, ou abreviadamente, *snob*, sem nobreza. Se não entendermos nosso papel como médicos, que é de alguma maneira nobre, nos perderemos na multidão. A expressão francesa *noblesse oblige* significa que com saúde, poder e prestígio vem a responsabilidade. A nobreza, neste sentido, não é ocupar um cargo sem merecimento. É sim uma maneira de fazer o trabalho e gastar a vida, com o maior afincamento possível. Numa das suas obras, Balzac escreve ao fazer uma recomendação para um jovem: “Tudo o que te falei pode ser resumido em uma palavra: *noblesse oblige*”<sup>21</sup>.

Os mais jovens talvez tenham dificuldade em entender o que para os médicos mais experientes é mais fácil: perde-se o interesse na prática médica quando o emprego assume o protagonismo do trabalho e a vocação é deslocada. Adotar uma postura reflexiva no seu atuar, exercer um verdadeiro exercício filosófico da profissão, independente de qual seja o seu foco de atuação como médico, permite manter o interesse pela vida profissional<sup>22</sup>

**Conhecimento próprio, Aceitar a limitação pessoal:** Para conhecer o verdadeiro problema dos pacientes, devemos conhecer-nos a nós mesmo atuando sobre o problema. Isto nada mais é do que uma abordagem fenomenológica pessoal do médico como instrumento. Como diz Ortega “Eu sou eu e minhas circunstâncias, e se não salvo a elas não me salvo a mim mesmo.” A manutenção a longo prazo do prazer de ser médico implica no quanto damos importância ao nosso amadurecimento como indivíduo, e resgatar o sentido do que se aprende e se faz todos os dias, os porquês da nossa vida !

O que se opõe a uma prática médica centrada no paciente não é a evolução técnica, mas outro elemento muito mais sutil e perigoso:

---

20. Ortega y Gasset J. *La rebelion de las masas*. Espanha: Editora Espasa; 1946.

21. Balzac, H. *O lírio do Vale*. Paris: W. M Jackson Inc Edit; 1835.

22. Decourt LV. Willian Osler na intimidade do seu pensamento. *Rev Incor*. 2000.

nós mesmos, a pessoa do médico. Os médicos somos seres humanos, imersos num universo variadíssimo e, naturalmente, nos distraímos com o nosso mundo. Somente é possível entender o outro, ter empatia, quando não estamos centrados em nós mesmos.

Culpar a medicina baseada em evidências ou a preocupação técnica, pelo desvio da postura do profissional que deveria estar centrada no paciente (e não na doença) é simplificar a equação de modo incorreto. O verdadeiro culpado é o médico que está preocupado com ele mesmo, com o seu desempenho profissional. Não se trata de má vontade, ou de omissão: é, simplesmente, uma distração fatal que deve ser identificada e corrigida<sup>23</sup>.

A formação médica enaltece o estudante que estuda muito, sabe tudo e suporta qualquer dificuldade tanto emocional quanto física. Se o estudante não dorme três noites para se preparar para as provas, ou o residente trabalha ininterruptamente durante 48 horas de plantão, os colegas o enxergam como herói. Ter a humildade de saber o que você consegue fazer ou não é um passo fundamental para não entrar em “burnout”. Qual a primeira coisa a fazermos antes de ver um paciente? Deveríamos tomar o próprio pulso: saber como eu estou para atender um paciente! Avaliar primeiro o instrumento que vou usar (eu mesmo) para depois poder avaliar o paciente. Se a depressão e o pessimismo são contagiosos, também o são as atitudes positivas, a compaixão, o agradecimento.

A habilidade de aceitar a demanda profissional melhora com o tempo de prática. As situações, antes inesperadas, agora são de fácil manejo depois de vê-las outras vezes. Porém é importante lembrar que a medicina é mais que uma profissão: é uma maneira de viver. Passar tempo conversando com as famílias e os pacientes, uma escuta atenta, contínua e genuína, são elementos que fazem parte do amadurecimento profissional e pessoal. Uma coisa é gostar da teoria da medicina e do cuidado, outra é lidar com as pessoas e suas demandas. Como bem adverte nosso literato mineiro – também médico, por sinal- pela boca do jagunço: “Uma coisa é por ideias arrançadas, e outra é lidar com um

---

23. Blasco PG. A Arte Médica (I): A Formação e as Virtudes do Médico. RBM. Revista Brasileira de Medicina , v.69, p.9 - 17, 2012.

país de pessoas de carne e sangue e mil e tantas misérias”<sup>24</sup>. Quando a demanda profissional não era o que se esperava é preciso encontrar uma saída.

**Balanco e prioridade. Modelos de trabalho:** Não é boa política querer fazer de tudo a toda hora. Os “*experts*” recomendam estabelecer prioridades e segui-las. Temos que ter a habilidade de dizer não para o que não é importante e reconhecer o que realmente é urgente<sup>25</sup>. É preciso decidir, estipular hierarquias. A sabedoria não consiste em fazer cada vez mais coisas, mesmo que a técnica nos faça acreditar o contrário, mas sim em fazer as coisas que verdadeiramente importam. Sabedoria é não permitir que aquilo que parece urgente nos afaste do que é realmente importante. Sabedoria é também aprender a abrir mão de muitas outras coisas que nunca se poderão fazer, para centrar-se naquelas que devem ser feitas. O universo de possibilidades que nos cerca é muitas vezes uma desculpa confortável para fugir de algumas tarefas - ações, conversas, decisões, ou mesmo saber perder tempo com um sorriso que conforta o próximo - que são nossa missão na vida. Quais são as coisas importantes na vida, as que não posso deixar de fazer? Eis uma excelente colocação que serve para quase tudo: decidir e fazer o que não pode deixar de ser feito, sem distrair-se – e depois desesperar-se - com o que poderia ser feito.

Ronald Epstein, médico pesquisador da Universidade de Rochester, desenvolveu uma teoria de como podemos aprimorar nossa concentração na consulta e não pensar em outras coisas enquanto estamos cuidando de nossos pacientes. Chamada em inglês de *mindfulness practice*<sup>26</sup>, esta metodologia permite atender e escutar o paciente com mais atenção, sem julgamento, observando o próprio processo, “esquecendo” o que acontece lá fora e mantendo o foco nos desejos dos pacientes. Aqui não se trata de uma subtração ou divisão de tarefas e sim de uma harmonia nas ações da vida.

---

24. Guimarães Rosa J. Grande sertão: veredas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2001.

25. Covey S. Os sete hábitos das pessoas altamente eficazes. São Paulo: Editora Best Seller; 2005.

26. Epstein R. Mindful practice. JAMA. 1999;282(9):833-9.

Gustave Thibon, pensador francês, comenta sobre a diferença entre o que ele considera equilíbrio e harmonia (na verdade, este é o título de seu livro)<sup>27</sup>. O equilíbrio é a composição de forças contrárias, resultante de vetores que se anulam entre si. A harmonia é o perfeito encaixe das partes como um todo, de modo que colaborem para uma mesma finalidade. E citando Victor Hugo acrescenta: “Por cima do equilíbrio está a harmonia, por cima da balança está a harpa”. A busca do equilíbrio não costuma ser satisfatório: é uma tentativa de anular com vetores positivos aquilo que parece ser negativo, dissonante. Na verdade, mais do que anular –ou compensar– a sabedoria consiste em integrar todas as notas numa sinfonia única. Para tal é preciso de um regente que conheça ritmos e melodias, que dê entrada no momento certo a cada instrumento, que transforme em arte o que pareceria, isoladamente, uma nota fora de tom. A regência exige serenidade, reflexão, perspectiva. Curiosamente, vivemos tempos onde temos tanto que fazer que é difícil dar-se ao luxo de pensar, e muito menos de se questionar. O resultado é que com frequência descobrimos que não sabemos por que fazemos as coisas, ou por que fazemos sempre o que não é importante, e ignoramos o essencial.

Importantes sugestões surgem quando se abordam os modelos de trabalho. Primeiro, trabalhar em equipe faz bem<sup>28</sup>, permite compartilhar ideias e problemas. Segundo, ter um “staff”, aquele grupo de pessoas que trabalham para ajudar a sua prática, referindo-nos aqui a profissionais da área de saúde e de outras áreas (administrador, gerente, secretárias). Em terceiro lugar, utilizando esta estrutura, saber delegar. Em quarto lugar, os estudiosos apontam o uso da informática a seu serviço. Tudo que uma máquina possa fazer para resolver questões burocráticas e de controle, você não deve fazer.

**Cuidar de você mesmo, suporte familiar, somos uma coisa só:** Para manter o corpo funcionando qual é o primeiro órgão que recebe sangue arterial quando sai do coração? É o próprio coração. O organismo nos ensina o que devemos fazer. Os conhecedores do tema são claros:

27. Thibon G. Una mirada ciega hacia la luz. Barcelona: Belacqua; 2005.

28. Bogdewic S. Practical idealism: a blueprint for caring. Fam Med. 2000;32:372-5.

Gaste tempo com você, com sua família e amigos, pense sobre quem você é e o que você quer<sup>29</sup>.

Uma metáfora culinária sobre a falta de harmonia nas preocupações da vida é descrita, com muito acerto, por Susanna Tamaro. São conselhos de uma avó para a neta rebelde: “Lembra-se de quando lhe ensinava a preparar os crepes? Quando os virava no ar dizia-lhe, deve pensar em tudo menos no fato de eles terem que cair direto na frigideira. Se pensar demais no voo, pode ter certeza que cairão enroladas, ou irão se estatelar direto no fogão. É engraçado, mas é justamente a distração que nos faz chegar ao centro, ao coração das coisas”<sup>30</sup>.

Os estudiosos são unânimes em apontar a necessidade do suporte familiar para uma vida profissional plena: “Talvez seja o mais importante aspecto da minha força profissional. Eu vivo bem na semana, pois tenho o suporte de minha esposa e meus filhos”<sup>31</sup>.

Uma pequena fábula do grego Esopo<sup>32</sup> exemplifica a fortaleza da família: Um agricultor que tinha uma família briguenta chamou seus filhos e mostrou um feixe de gravetos. Depois desafiou seus filhos, um a um, para pegar o feixe de gravetos e quebrá-lo. Todos tentaram, mas em vão. Então, desamarrou os gravetos, deu-lhes um por um para quebrá-los. Eles quebraram com a maior facilidade. Então disse o pai: “Assim meus filhos, sempre que vocês permaneçam unidos, vocês serão fortes, mas separados, vocês serão frágeis”

Tem-se postulado com insistência a necessidade de criar um novo humanismo médico<sup>33</sup> que consiga somar na ação clínica fatores de dimensões diferentes, mas que na vida real –no paciente- estão perfeitamente integrados. Assim, saber somar o nível de enzimas ou índice

---

29. Bogdewic SP. The questioning machine. *Fam Med*. 2002;32(10):670-2.

30. Tamaro, Suzanna. *Vá Aonde Seu Coração Mandar*. Trad. Mario Fondelli. Rio de Janeiro, Rocco, 1995.

31. Levites MR, Azevedo RS, Blasco PG. Construindo a motivação profissional na medicina de hoje: reflexões humanísticas para lidar a incerteza. *RBM. Revista Brasileira de Medicina*. 2011;68:13-8.

32. Sousa MA. *As fábulas de Esopo*. Rio de Janeiro: Thex Ed; 2002.

33. Blasco PG, Janaudis MA, Levites. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cu ida dos. *Aten Primaria*. 200 6; 38 (4) : 225-229.

de coagulação, com os receios do paciente e os hábitos de vida; ou os resultados da cintilografia com a compaixão pelo doente.

Para isto acontecer é preciso antes praticar uma verdadeira unidade na vida pessoal do médico, sem compartimentos estanques, fazendo da atuação médica uma verdadeira profissão de vida. “Ser um profissional é mais do que ser um técnico. É algo enraizado na nossa consciência moral, pois somente quem tem a vontade e a capacidade de dedicar-se aos outros, e procurar um bem mais alto, pode fazer profissão pública do seu modo de vida”. Quem não consegue unificar todo o seu existir –nas variadas dimensões, profissionais, familiares, sociais, pessoais- dificilmente conseguirá se aproximar dos outros com essa atitude integradora.

Deste desafio nos fala a canção, de modo alegre e descontraído, mas profundo. Com ela colocamos fim a estas reflexões, e deixamos que cada um componha a sua sinfonia harmônica, em busca da felicidade profissional.

*“Tem hora que a gente se pergunta Por que é  
que não se junta tudo numa coisa só?  
Boneca, panela, chinelo, carro O nó que eu desamarro sur-  
ge pra me dar um nó Você aparece de repente e coloca em  
minha frente a dúvida maior Se tudo que eu preciso se pa-  
rece, Por que é que não se junta tudo numa coisa só?  
Tem hora que a gente se pergunta Por que é  
que não se junta tudo numa coisa só?”*

(Teatro Mágico – Musica: O Tudo é Uma coisa só)

## Commentary on *Hannah Arendt*

Someone from the Scientific Committee of the Brazilian Society of Clinical Oncology Annual Meeting invited me to give a lecture. The meeting organizers included me in a panel about evidence-based oncology and assigned me a challenging topic: Humanizing the Evidence. The panel coordinator explained he had read some of my articles about humanizing medicine and “all that movie stuff you use in your teaching. We want to bring up the *human* side of medicine, in the midst of the evidence.”

I have used cinema in medical education for a long time, not just to show the right way of doctoring but, primarily, to push learners to reflect.<sup>1,2</sup> Fostering reflection, that’s the goal. And for this I show movie clips and provide comments while the movie is going on, always looking at the audience, at students’ faces, so I can appraise if they are following my logic. The challenge for the oncology meeting was to choose the right scenes and fit them in the short time the panel allowed me.

I decided to use *Hannah Arendt*. I had seen the movie some weeks before. Her lecture about her report (“Eichmann in Jerusalem”<sup>3</sup>) was powerful. And a six-minute clip spoke for itself.

I wrote no defense of Eichmann, but I did try to reconcile the shocking mediocrity of the man with his staggering deeds. [...] Since Socrates and Plato we usually call thinking to be engaged in that silent dialogue between me and myself. In refusing to be a person Eichmann utterly surrendered that single most defining human quality, that of being able to think. And consequently he was no longer capable of making moral judgments. This inability to think created the possibility for many ordinary men to commit evil deeds on a gigantic scale, the like of which one had never seen before. It’s true I have considered these questions in a philosophical way. The manifestation of the wind of thought is not knowledge, but the ability to tell right from wrong, beautiful from ugly. And I hope that

thinking gives people the strength to prevent catastrophes in these rare moments when the chips are down.

This clip epitomized the essential idea I wanted to convey: The process through which people—physicians included—sometimes give up their whole responsibility. We physicians usually don’t mistreat patients because we are malicious or because we don’t care about them. Rather, we just keep working, get into the scientific process, neglect details, ignore the patient’s world and feelings because we are too busy looking for the right evidence, finding the best medication. We are not wicked people; we just stop thinking.

The trouble with a Nazi criminal like Eichmann was that he insisted on renouncing all personal qualities, as if there was nobody left to be either punished or forgiven. He protested time and again, contrary to the Prosecution’s assertions, that he had never done anything out of his own initiative, that he had no intentions whatsoever, good or bad, that he had only obeyed orders.

As contemporary physicians, we follow protocols and guidelines. We make ourselves sure about the quality of care we deliver, according to the most up-to-date procedures. For sure, we obey orders. Do we allow room in this scientific endeavor to hear each patient’s voice? Do we realize we are dealing with human beings?

The greatest evil in the world is the evil committed by nobodies. Evil committed by men without motive, without convictions, without wicked hearts or demonic wills, by human beings who refuse to be persons. And it is this phenomenon that I have called the “banality of evil.”

Designating people monsters because of their behavior is easy for us. We are putting ourselves apart, and we do not risk becoming like them. They are

another type of being; they belong to a different species that is nothing like us regular people. Admitting that they *are* similar creatures, corrupted by their willingness to give up reflection, is an acknowledgment that the curse could affect us, that we are in danger.

After my lecture, the panel coordinator thanked me and recommended the film *Hannah Arendt* to the audience: “It brings up some important issues in ethics. Not just for politicians, but for doctors. Yes, we need to reflect on what we are doing.”

I’ve used clips from *Hannah Arendt* at two other conferences. High impact, deep silence in the dark auditorium, both of them. And every time I come to see it again, even alone, the message is clear: to never give up reflection, because reflection is the core of true doctoring, what really matters to our patients. And to never give in to mediocrity, because it is mediocrity that leads to the banality of evil.

**Pablo González Blasco, MD, PhD**

**P.G. Blasco** is professor of family medicine and scientific director, SOBRAMFA—Medical Education and Humanism (formerly, Brazilian Society of Family Medicine), São Paulo, Brazil; e-mail: pablogb@sobramfa.com.br.

### References

- 1 Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AF, Levites MR, Janaudis MA. Using movie clips to foster learners’ reflection: Improving education in the affective domain. *Fam Med*. 2006;38:94–96.
- 2 Blasco PG. Review of Henri Colt, Silvia Quadrelli, and Lester Friedman, eds. *The Picture of Health: Medical Ethics and the Movies: Getting Familiar with the Cinema Education Methodology*. *Am J Bioeth*. 2011;11:39–41.
- 3 Arendt H. *Eichmann in Jerusalem: A Report on the Banality of Evil*. New York, NY: Viking Press; 1963.

© 2012 Heimatfilm GmbH + Co KG, Amour Fou Luxembourg SARL, Mact Productions SA, Metro Communications Ltd. Quotations reprinted with permission. See facing page for movie poster and photograph from the film.

## Workshop Session

## USING THE CINEMA CLIP METHODOLOGY TO DEAL WITH STUDENTS, EMOTIONS & PROMOTING ETHICAL ATTITUDES Friday 27<sup>th</sup>, 2016

**Room 1-2**  
**15.00 - 14.30**

### Speakers

Prof. Pablo G. Blasco M.D., Ph.D.  
Brazilian Society of Family Medicine  
Sao Paulo, Brazil

Emotions play a specific role in learning attitudes and behavior. Although technical knowledge and skills can be acquired through training with little reflective process, it is impossible to refine attitudes, acquire virtues, and incorporate values without reflection. Learning through aesthetics -in which cinema is included- stimulates a reflective attitude in the learner.

Cinema is useful in teaching because it is familiar, evocative, and non-threatening for students. Movies provide a quick and direct teaching scenario in which specific scenes point out important issues, emotions are presented in accessible ways where they are easy to identify, and students are able to understand and recognize them immediately. In addition, students have the opportunity to "translate" movie life histories into their own lives, and into a medical context, even when the movie addresses a non-medical subject.

Movie experiences act like emotional memories for students' developing attitudes and remain with them as reflective reference points while proceeding through their daily activities, including those related to their role as future doctors. Cinematic teaching methodology should be matched to the students' daily experience.

Young people today live in a dynamic and sensitive environment of rapid information acquisition and high emotional impact. In this context it makes sense to use movie clips because of their brevity, rapidity and emotional intensity. Bringing clips from different movies, to illustrate or intensify a particular point fits well with the dynamic and emotional nature of students' experience.

Nevertheless, the purpose is not to show students how to incorporate a particular attitude, but rather to promote students' reflection. The authors have developed the Movie Clip Methodology for almost twenty years as can be demonstrated in some papers published and want to share their experience with the audience.

### Structure of workshop

#### Who should attend

*This interactive workshop is proposed to faculty who deal with ethics, professionalism, communication skills, and patient centered medicine.*

#### Time line

1. Introduce presenters, state objectives - 10 min
2. Explanation/ Audience Participation - 100 min
  - 2.1 Presenting the project and results (10')
  - 2.2 Feedback from the audience (10')
  - 2.3 Showing movie clips (20')
  - 2.4 Feedback from the audience. Large-group discussion (20')
  - 2.5 Systematic strategy for Preparing Movie Clips for Teaching (20')
  - 2.6 Showing additional movie clips and generate themes identified by participants (20')
3. Summarize and evaluate - 10 min

#### The audience will learn:

- a) How to use Movie clips to help learners be more reflective, promote empathic attitudes and enrich professional values,
- b) How to develop a systematic strategy for preparing movie clips: reviewing movies efficiently, selecting specific scenes, assembling them.

*An interactive discussion for exchanging experiences is expected.*

## Plenary Session "Bridging gaps" Friday 26<sup>th</sup>, 2016

### **MOVIE CLIPS TO BRIDGE DOCTORS' HEADS AND HEARTS THROUGH EMPATHY**

Prof. Pablo G. Blasco, M.D., Ph.D.  
*Brazilian Society of Family Medicine*  
*Sao Paulo - Brazil*

\*\*\*

Empathy has to do with deeply understanding of the other, and is a path to bridge scientific knowledge with compassion for better caring. Can empathy be taught? Is it possible to establish a learning process for empathy? A broad range of biographical experiences influence the development of empathy. Emotions are one of the key factors and they play a specific role in learning attitudes and behavior. Movies provide a narrative model framed in emotions and images that are also grounded in the everyday universe. They offer a quick and direct teaching scenario in which specific scenes point out important issues and emotions are presented in accessible ways.

Fostering reflection is the main goal in the cinematic teaching set. The purpose is not to show students how to incorporate a particular attitude, but rather to promote their reflection. Reflection is the necessary bridge to move from emotions to behavior. As the audiovisual resources are permeating our current culture, opportunities for teaching with cinema are well suited to the learners' environment.

The authors have developed the Movie Clip Methodology for almost twenty years and want to share their experience in this workshop.



The learning goals are to understand the strategy for using movie clips for teaching empathy and reflective practice to their students. We expect an interactive discussion with the audience for exchanging experiences.

*Dr. Blasco is a Professor in Family Medicine, and since 1992 when he founded SOBRAMFA- (the former Brazilian Society of Family Medicine, nowadays SOBRAMFA- Medical Education and Humanism), has been involved in promoting the humanistic dimensions of doctoring. His research and teaching is focus on medical anthropology, medical ethics in the context of family medicine and medical education. His particular expertises is in teaching medical students through movies and cinema to promote positive attitudes and ethics. He has published six books: "The family doctor today" (1997), "Family medicine and cinema: humanistic resources in medical education" (2002), "Principles of Family Medicine" (2003) and "Educating affectivity through Cinema" (2006), "Humanizing Medicine: the Cinema Methodology" (2011), "Leadership lessons in the Movies" (2013). He is the co-author of several chapters in Cinemeducation: a Comprehensive Guide to using film in medical education (2005) and in Cinemeducation: Using Film and Other Visual Media in Graduate and Medical Education. Volume II (2012), and has several publications in this area.*

# Evidências não recomendam o rastreamento para doença pulmonar obstrutiva crônica em adultos assintomáticos

*Autores da tradução:*

*Pablo Gonzáles Blasco<sup>1</sup>, Marcelo Rozenfeld Levites<sup>2</sup>, Pedro Subtil de Paula<sup>3</sup>*

Sociedade Brasileira de Medicina de Família

## PERGUNTA CLÍNICA

Devemos triar doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em adultos assintomáticos?

## PONTO DE PARTIDA

A United States Preventive Services Task Force (USPSTF) conclui que não há provas suficientes de que a triagem para a DPOC em adultos assintomáticos melhora a qualidade de vida relacionada à saúde, morbidade ou mortalidade. A USPSTF desaconselha a triagem para DPOC em adultos assintomáticos (recomendação D). Esta atualização mantém a recomendação anterior sobre o rastreio de DPOC (2008).

**Nível de evidência = 2c.<sup>1</sup>**

## ESTUDO

Guia de prática médica.

## FINANCIAMENTO

Governo.

## CENÁRIO

População — orientação geral.

## ALOCAÇÃO

Não se aplica — orientação geral.

## SINOPSE

A USPSTF<sup>2</sup> não encontrou provas de que a triagem para DPOC em adultos assintomáticos melhora a qualidade de vida relacionada à saúde, morbidade ou mortalidade. A detecção precoce de DPOC antes do aparecimento de sintomas clinicamente evidentes não melhora os resultados orientados para o paciente. Um estudo revisado que avaliou os efeitos da triagem na cessação do tabagismo encontrou benefício para aumentar as taxas de cessação do tabagismo, mas quatro ensaios adicionais não encontraram diferenças nas taxas de abstinência de fumo entre os fumantes triados e os não triados.<sup>3</sup> Não há outras Associações ou Universidades nacionais ou internacionais que recomendem a triagem para DPOC em pacientes assintomáticos.

<sup>1</sup>Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).  
<sup>2</sup>Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Editores responsáveis por esta seção:

**Pablo Gonzáles Blasco.** Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

**Marcelo Rozenfeld Levites.** Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

**Pedro Subtil de Paula.** Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Tradução e adaptação:

Sobramfa (Sociedade Brasileira de Medicina de Família) — Rua Sílvia, 56 — Bela Vista — São Paulo (SP) — CEP 01331-000  
Tel. (11) 3253-7251/3285-3126 — E-mail: sobramfa@sobramfa.com.br — http://www.sobramfa.com.br

Data de entrada: 10 de julho de 2016 — Última modificação: 16 de agosto de 2016 — Aceitação: 2 de setembro de 2016

utiva crônica em adultos assintomáticos

## REFERÊNCIAS

1. Centre for Evidence Based Medicine. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009). Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Acessado em 2016 (31 ago).
2. US Preventive Services Task Force (USPSTF), Siu AL, Bibbins-Domingo K, et al. Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2016;315(13):1372-7. Siu AL; US Preventive Services Task Force. Screening for chronic obstructive pulmonary disease: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA 2016;315(13):1372-1377.



# American College of Physicians (ACP): não faça rastreamento de doenças cardíacas em adultos de baixo risco

*Autores da tradução: Pablo González Blasco<sup>1</sup>, Marcelo Rozenfeld Levites<sup>2</sup>, Pedro Subtil de Paula<sup>3</sup>*

Sociedade Brasileira de Medicina de Família

## PERGUNTA CLÍNICA

Quando os adultos devem ser rastreados para doenças cardíacas?

## PONTO DE PARTIDA

Citando pouco benefício, ineficácia na prevenção de desfechos relevantes para o paciente e alto custo, o American College of Physicians (ACP) recomenda não realizar eletrocardiografia em repouso ou de estresse, ecocardiografia de estresse ou cintilografia de perfusão miocárdica de estresse para adultos assintomáticos de baixo risco. Nesses pacientes, os riscos de rotulagem e danos posteriores superam os benefícios.

**Nível de evidência:** 5.<sup>1</sup>

## METODOLOGIA EMPREGADA

Orientação prática baseada em diversas fontes.

## FINANCIAMENTO

Fundação.

## CENÁRIO

População geral.

## ALOCAÇÃO

Não se aplica.

## RESUMO

Este documento do ACP<sup>2</sup> é baseado em uma revisão sistemática e recomendações do The United States Preventive Services Task Force e nas orientações e padrões desenvolvidos pelo American College of Cardiology. As diretrizes se aplicam ao rastreamento (ou seja, testar para a doença em indivíduos assintomáticos) em pacientes com risco de doença

<sup>1</sup> Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).  
<sup>2</sup> Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Editores responsáveis por esta seção:

**Pablo González Blasco.** Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

**Marcelo Rozenfeld Levites.** Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

**Pedro Subtil de Paula.** Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Tradução e adaptação:

Sobramfa (Sociedade Brasileira de Medicina de Família) — Rua Sílvia, 56 — Bela Vista — São Paulo (SP) — CEP 01331-000

Tel. (11) 3253-7251/3285-3126

E-mail: sobramfa@sobramfa.com.br — <http://www.sobramfa.com.br>

Entrada: 13 de fevereiro de 2016 — Última modificação: 15 de fevereiro de 2016 — Aceite: 29 de fevereiro de 2016

as em adultos de baixo risco

cardíaca em 10 anos de 7,5% ou 10% segundo o escore de Framingham. Nestes pacientes, não há nenhuma evidência de que o rastreamento melhore os resultados clínicos, tais como aumento de sobrevida e prevenção de eventos cardiovasculares. Dada a baixa prevalência de doença cardíaca

nesses pacientes, esta investigação irá produzir muitos resultados falso-positivos e expô-los a riscos de testes e tratamentos adicionais, aumentando o risco de iatrogenia. Além disso, tanto os resultados verdadeiros quanto os falsos-positivos podem gerar custos desnecessários e sem efetividade clínica.

## REFERÊNCIAS

1. Centre for Evidence Based Medicine. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009). Disponível em: <http://www.cabm.net/index.aspx?o=1025>. Acessado em 2016 (22 fev).
2. Chou R; High Value Care Task Force of the American College of Physicians. Cardiac screening with electrocardiography, stress echocardiography, or myocardial perfusion imaging: advice for high-value care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2015;162(6):438-47.



# Rastreamento de hipertensão arterial: aferir a pressão regularmente no consultório, mas verificar em casa antes do diagnóstico

*Autores da tradução:*

*Pablo Gonzáles Blasco<sup>1</sup>, Marcelo Rozenfeld Levites<sup>2</sup>, Pedro Subtil de Paula<sup>3</sup>*

Sociedade Brasileira de Medicina de Família

## PERGUNTA CLÍNICA

Devemos confirmar se os níveis pressóricos aferidos no consultório correspondem aos que o paciente apresenta em casa?

## PONTO DE PARTIDA

Algo velho, algo (relativamente) novo: O U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) continua a recomendar o rastreamento para hipertensão arterial em adultos como já feita atualmente;<sup>4</sup> eles também recomendam confirmar a pressão arterial fora do consultório antes de selar o diagnóstico e iniciar o tratamento. Esta é uma recomendação A ("alta certeza de que o benefício líquido é substancial"). Eles sugerem, sem qualquer evidência direta, o rastreamento anual para pessoas de 40 anos ou mais, com pressão arterial normal a alta (130-139/85-89 mmHg), afro-americanos de qualquer idade e para pessoas com sobrepeso ou obesas. Os adultos mais jovens sem fatores de risco devem ser rastreados a cada três a cinco anos.

Nível de evidência: 5.<sup>2</sup>

## ESTUDO

Guia de prática médica.

## FINANCIAMENTO

Governamental.

## CENÁRIO

População – orientação geral.

## ALOCAÇÃO

Não se aplica – orientação geral.

## SINOPSE

Citando a alta incidência de hipertensão arterial e os benefícios do rastreamento sobre a incidência de eventos

<sup>1</sup>Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

<sup>2</sup>Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Editores responsáveis por esta seção:

**Pablo Gonzáles Blasco**, Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

**Marcelo Rozenfeld Levites**, Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

**Pedro Subtil de Paula**, Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Tradução e adaptação:

Sobramfa (Sociedade Brasileira de Medicina de Família) — Rua Sílvia, 56 — Bela Vista — São Paulo (SP) — CEP 01331-000

Tel. (11) 3253-7251/3285-3126

E-mail: sobramfa@sobramfa.com.br — <http://www.sobramfa.com.br>

Data de entrada: 16 de abril de 2016 — Última modificação: 16 de abril de 2016 — Aceitação: 27 de abril de 2016

mento de hipertensão arterial: aferir a pressão regularmente no consultório, mas verificar em casa antes do diagnóstico

cardiovasculares, o USPSTF sugere manter o rastreamento em exercício para a pressão arterial elevada, utilizando métodos manuais ou automatizados. Eles salientam as recomendações usuais — aguarde cinco minutos, usar manguito de tamanho adequado, tomar pelo menos duas aferições, e assim por diante — mas também sugerem ir mais longe. Citando o risco de 15% a 30% de “hipertensão do avental branco” (ou seja, a pressão arterial elevada em um ambiente de saúde), o USPSTF sugere confirmar a medida identificada no consultório, de preferência com o sistema de monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), que verifica a pressão arterial a cada 20 a 30 minutos ao longo de 24 horas,

ou com um dispositivo totalmente automatizado que os pacientes possam utilizar para verificar manualmente a sua própria pressão arterial. Como de costume, a USPSTF não considera o custo de suas recomendações, mas o custo adicional da confirmação domiciliar pode compensar os custos originados pelo diagnóstico e tratamento da hipertensão.

Em nossa realidade brasileira, o acesso ao MAPA pode ser difícil em algumas situações, mas já é parte da cultura de boa parte da população a aferição domiciliar da pressão arterial e muitos têm aparelhos de aferição automáticos em casa. Sem julgar se essa cultura é positiva ou negativa, podemos nos beneficiar por meio da confirmação da pressão longe do avental branco.

## REFERÊNCIAS

1. Siu AL; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for high blood pressure in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2015;163(10):778-86.
2. Centre for Evidence Based Medicine. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009). Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Acessado em 2016 (22 abr).



# O rastreamento de câncer de pulmão requer imagens adicionais em 40% dos pacientes em que é realizado

*Autores da tradução:*

*Pablo Gonzáles Blasco<sup>1</sup>, Marcelo Rozenfeld Levites<sup>2</sup>, Pedro Subtil de Paula<sup>3</sup>*

Sociedade Brasileira de Medicina de Família

## PERGUNTA CLÍNICA

O rastreamento para câncer de pulmão por meio da tomografia computadorizada de baixa dose (TCBD) requer investigações adicionais? Com que frequência?

## PONTO DE PARTIDA

Neste estudo<sup>1</sup>, baseado nos arquivos de um hospital de comunidade nos Estados Unidos (hospital que não faz parte de cadeias de hospitais particulares, universidades ou de um sistema de saúde), mais do que um em cada cinco pacientes que realizaram a triagem não preenchia os critérios específicos recomendados pela Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF). Além disso, o exame de rastreamento inicial originou pedidos de imagens adicionais em mais de 40% dos pacientes que preenchiam os critérios de triagem recomendados. Em contraste, muitos hospitais informam os pacientes que apenas 5% a 10% das TCBDs também podem detectar coisas não relacionadas ao câncer de pulmão que podem exigir imagem ou testes adicionais.

Nível de evidência: 2b.<sup>2</sup>

## ESTUDO

Coorte (retrospectivo).

## FINANCIAMENTO

Governo.

## AMBIENTE

Ambulatorial (atenção primária).

## ALOCAÇÃO

Hospital de Comunidade nos Estados Unidos.

## SINOPSE

A USPSTF recentemente deu uma recomendação "B" para o rastreio anual do câncer do pulmão com TCBD para pessoas com critérios de risco específico aumentado, dentre fumantes adultos ou ex-fumantes.<sup>3</sup> Essa recomendação baseia-se principalmente sobre os resultados do estudo National Lung

<sup>1</sup> Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

<sup>2</sup> Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Editores responsáveis por esta seção:

**Pablo Gonzáles Blasco.** Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

**Marcelo Rozenfeld Levites.** Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

**Pedro Subtil de Paula.** Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Tradução e adaptação:

Sobramfa (Sociedade Brasileira de Medicina de Família) — Rua Sílvia, 56 — Bela Vista — São Paulo (SP) — CEP 01331-000

Tel. (11) 3253-7251/3285-3126

E-mail: sobramfa@sobramfa.com.br — <http://www.sobramfa.com.br>

Data de entrada: 16 de abril de 2016 — Última modificação: 16 de abril de 2016 — Aceitação: 27 de abril de 2016

O rastreamento de câncer de pulmão requer imagens adicionais em 40% dos pacientes em que é realizado

Screening, que incluiu pacientes que são mais jovens e com menos comorbidades do que a população em geral. Neste estudo, analisaram-se retrospectivamente os registros médicos de resultados radiológicos de todos os pacientes que receberam rastreamento com TCBD em um hospital de comunidade. Os pacientes elegíveis são aqueles com idade entre 55 a 79 anos com história documentada de fumar igual ou mais que 30 maços/ano e ex-fumantes que cessaram o hábito dentro dos últimos 15 anos. No primeiro ano após a publicação das diretrizes da USPSTF, 149 pacientes fizeram TCBD, dos quais 94 foram solicitadas especificamente como testes de triagem. Destes 94 testes de triagem, 22 (23,4%) não satisfizeram os

critérios de rastreamento da recomendação da USPSTF. Dos 72 casos que reuniram os critérios de triagem recomendadas, 29 (40,3%) necessitaram de imagens adicionais com base nos resultados da verificação inicial. O rastreamento por TCBD identificou dois pacientes com câncer de pulmão e um com câncer de mama.

Esse é um pequeno estudo em uma realidade limitada, mas que ganha relevância por apontar possíveis exageros na indicação de rastreamento e mostrar que investigações posteriores são realizadas em grande parte dos casos, originando custos e exposição do paciente a outros procedimentos, talvez implicados com radiação.

## REFERÊNCIAS

1. Ladford CJ, Gawrys BL, Wall JL, Saas PD, Seehusen DA. Translating New Lung Cancer Screening Guidelines into Practice. The Experience of One Community Hospital. *J Am Board Fam Med.* 2016;29(1):152-5.
2. Centre for Evidence Based Medicine. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009). Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Acessado em 2016 (22 abr).
3. Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for lung cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2014;160(5):330-8.



# O rastreamento de câncer de ovário em mulheres após a menopausa não reduz mortalidade por câncer de ovário (United Kingdom Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening, UKCTOCS)

*Pablo González Blasco<sup>1</sup>, Marcelo Rozenfeld Levites<sup>2</sup>, Pedro Subtil de Paula<sup>3</sup>*

Sociedade Brasileira de Medicina de Família

## PERGUNTA CLÍNICA

Mulheres selecionadas para triagem de câncer de ovário têm melhores resultados de saúde que mulheres não selecionadas?

## PONTO DE PARTIDA

Neste estudo, as mulheres que foram rastreadas para câncer de ovário não apresentaram benefícios na redução da mortalidade quando comparadas com as mulheres que não receberam o rastreamento.

Nível de evidência = 1b.<sup>1</sup>

## ESTUDO

Ensaio clínico aberto randomizado.

## FINANCIAMENTO

Governamental.

## CENÁRIO

Populacional – Reino Unido.

## SINOPSE

Neste estudo britânico,<sup>2</sup> os investigadores randomizaram mais de 200.000 mulheres com idades de 50 e 74 anos para um dos três grupos: um em que realizaram triagem anual com ultrassonografia pélvica mais exame de CA-125 sérico, outro para realizarem triagem anual exclusivamente com ultrassom e o terceiro para não realizarem a triagem. As mulheres foram recrutadas por meio dos registros do Serviço Nacional

<sup>1</sup>Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

<sup>2</sup>Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Editores responsáveis por esta seção:

**Pablo González Blasco**, Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

**Marcelo Rozenfeld Levites**, Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

**Pedro Subtil de Paula**, Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Tradução e adaptação:

Sobramfa (Sociedade Brasileira de Medicina de Família) — Rua Sílvia, 56 — Bela Vista — São Paulo (SP) — CEP 01331-000

Tel. (11) 3253-7251/3285-3126 — E-mail: sobramfa@sobramfa.com.br — http://www.sobramfa.com.br

Data de entrada: 10 de julho de 2016 — Última modificação: 16 de agosto de 2016 — Aceitação: 12 de setembro de 2016

r de ovário em mulheres após a menopausa não reduz mortalidade por câncer de ovário (United Kingdom Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening, UKCTOCS)

de Saúde (NHST). Os pesquisadores acompanharam as mulheres por uma média de 11 anos. Ao fim desse tempo, tanto a taxa de detecção do câncer de ovário (< 1%) quanto a de mortalidade por essa causa (aproximadamente 0,3%) ficaram mantidas nos três grupos.

O autor do POEM comenta que o estudo utilizou intervenções estatísticas possivelmente tendenciosas (como calcular mortalidade usando método de intenção de tratar modificada, a falta de mascaramento e exclusões após a distribuição randômica), na tentativa de fugir de um resultado negativo e que, mesmo assim, não encontrou diferença estatística nos resultados. Diz ainda: "poderíamos simplesmente parar por aí e concluir que a triagem é ineficaz, como

fizeram os autores dos estudos de próstata, pulmão, colorretal e outro estudo sobre câncer de ovário (Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian, PLCO). Não estes pesquisadores". E complementa, em tom polêmico: "depois de modelagem estatística, eles descobriram que pode haver um benefício tardio na mortalidade por câncer de ovário que não é evidente até depois de oito anos".

Este é um POEM que adiciona evidência a outros estudos já disponíveis na literatura, de que a triagem para o câncer de ovário, assim como a maior parte das doenças estudadas, é desaconselhável. Serve também como alerta para se verificar as possíveis diferenças estatísticas/metodológicas que podem interferir nos resultados.

## REFERÊNCIAS

1. Centre for Evidence Based Medicine. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009). Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Acessado em 2016 (31 ago).
2. Jacobs LJ, Menon U, Ryan A, et al. Ovarian cancer screening and mortality in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2016;387(10022):945-56.



# Rastreamento para diabetes tipo 2 não reduz mortalidade

Autores da tradução:

Pablo González Blasco<sup>1</sup>, Marcelo Rozenfeld Levites<sup>1</sup>, Pedro Subtil de Paula<sup>1</sup>

Sociedade Brasileira de Medicina de Família

## PERGUNTA CLÍNICA

Devemos rotineiramente investigar adultos assintomáticos para a diabetes tipo 2?

## PONTO DE PARTIDA

O rastreamento identifica pacientes com intolerância à glicose e alguns estudos mostram que a detecção precoce retarda a progressão para o diagnóstico de diabetes. Mas essa detecção precoce não impede mortalidade prematura.

Nível de evidência = 1a.<sup>1</sup>

## DESENHO DO ESTUDO

Revisão sistemática (que incluiu ensaios randomizados controlados, estudos observacionais controlados e revisões sistemáticas).

## FINANCIAMENTO

Governo.

## ALOCAÇÃO

Várias.

## RESUMO

Esta revisão sistemática,<sup>2</sup> realizada em 2015, é uma atualização de uma anterior conduzida pela The United States Preventive Services Task Force. Os autores utilizaram a Biblioteca Cochrane e o Medline para atualizar a revisão sistemática prévia de ensaios randomizados controlados, estudos observacionais controlados e revisões sistemáticas que avaliaram os efeitos do rastreamento de diabetes *mellitus* sobre os desfechos clínicos. Os estudos foram limitados àqueles publicados em inglês.

Os autores identificaram dois ensaios clínicos controlados e randomizados: os pacientes foram rastreados para diabetes quando estavam na sexta década de vida e foram acompanhados por 10 anos. Nesses estudos, o rastreamento para diabetes não obteve benefício sobre a mortalidade em 10 anos contra não realizar a investigação de assintomáticos. Para casos de diabetes já detectados em rastreamento, um ensaio clínico encontrou não haver efeito de uma intervenção multifatorial intensiva sobre risco de mortalidade cardiovascular de qualquer causa *versus* controle padrão.

Em um desses ensaios, a mortalidade cardiovascular, a mortalidade associada ao diabetes e a mortalidade relacionada ao câncer não foram reduzidas com a detecção precoce.

<sup>1</sup>Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

<sup>2</sup>Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Editores responsáveis por esta seção:

Pablo González Blasco. Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Marcelo Rozenfeld Levites. Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Pedro Subtil de Paula. Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Tradução e adaptação:

Sobramfa (Sociedade Brasileira de Medicina de Família) — Rua Sílvia, 56 — Bela Vista — São Paulo (SP) — CEP 01331-000

Tel. (11) 3253-7251/3285-3126

E-mail: sobramfa@sobramfa.com.br — <http://www.sobramfa.com.br>

Entrada: 13 de fevereiro de 2016 — Última modificação: 21 de fevereiro de 2016 — Aceite: 3 de março de 2016

## COMENTÁRIOS DA TRADUÇÃO

O artigo apresenta limitações importantes, já que cita apenas duas bases de dados (Cochrane e Medline), só inclui estudos em inglês e, para falar sobre o tema do rastreamento, limitou-se a citar dois ensaios clínicos randomizados: o ADDITION<sup>3</sup>

Cambridge Trial (do nome em inglês Anglo-Danish-Dutch Study of Intensive Treatment in People With Screen Detected Diabetes in Primary Care, realizado em Cambridge, Grã Bretanha), trial com 19.226 participantes, classificado como de boa qualidade, e um ensaio feito em Ely,<sup>4</sup> Grã Bretanha, com 4.936 participantes, classificado como de qualidade moderada.

## REFERÊNCIAS

1. Centre for Evidence Based Medicine. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009). Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Acessado em 2016 (2 mar).
2. Selph S, Dana T, Blazina I, et al. Screening for type 2 diabetes mellitus: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2015;162(11):765-76.
3. Simmons RK, Echouffo-Tcheugui JB, Sharp SJ, et al. Screening for type 2 diabetes and population mortality over 10 years (ADDITION-Cambridge): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2012;380(9855):1741-8.
4. Simmons RK, Rahman M, Jakes RW, et al. Effect of population screening for type 2 diabetes on mortality: long-term follow-up of the Ely cohort. *Diabetologia.* 2011;54(2):312-9.



# Rastreamento com ecocardiografia transtorácica não parece ter benefícios clínicos

*Autores da tradução:*

*Pablo Gonzáles Blasco<sup>1</sup>, Marcelo Rozenfeld Levites<sup>2</sup>, Pedro Subtil de Paula<sup>3</sup>*

Sociedade Brasileira de Medicina de Família

## PERGUNTA CLÍNICA

O rastreamento de doenças cardíacas usando ecocardiografia torácica reduz mortalidade, risco de infarto do miocárdio ou acidente vascular encefálico (AVE)?

## PONTO DE PARTIDA

O rastreamento populacional de doenças cardíacas ou valvopatias com o ecocardiografia torácica tem boa acurácia diagnóstica, mas não está claro se diminui mortalidade, risco de infarto do miocárdio ou de AVE (benefícios clínicos).

**Nível de evidência:** NE<sup>1</sup> = 1b.

## DESENHO DO ESTUDO

Ensaio clínico randomizado (não cego).

## FINANCIAMENTO

Desconhecido/não declarado.

## CENÁRIO

Populacional geral (Noruega).

## ALOCÇÃO

Incerta.

## SINOPSE

Em 1994 e 1995, pesquisadores noruegueses escolheram 6.861 habitantes de meia-idade (idade média = 60 anos) de uma única cidade (Tromsø), que foram seguidos por 15 anos.<sup>2</sup> Os participantes foram divididos aleatoriamente, para rastreamento de uma só vez para a doença cardíaca por ecocardiografia bidimensional ou para não realizar o exame. Os grupos de exame de rastreamento e de controle eram da etnia branca e divididos igualmente por gênero. Aproximadamente 12% dos pacientes relataram ter doença coronariana, 59% tinham hipertensão (embora apenas 13,5% estavam sendo tratados com medicamentos), 32% fumavam e apenas 4% tinham diabetes. O rastreio identificou 7,6% dos pacientes com condições cardíacas ou valvulares, que foram tratados. Após mais de 15 anos de acompanhamento, 26,9% dos participantes no grupo do rastreio haviam falecido, em comparação com 27,6% no grupo controle. Da mesma forma, não houve efeito do rastreio nas taxas de morte súbita, de mortalidade por doença cardíaca, ou na incidência de infarto agudo do miocárdio fatal e não fatal ou na incidência de AVE.

<sup>1</sup>Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

<sup>2</sup>Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Editores responsáveis por esta seção:

**Pablo Gonzáles Blasco.** Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

**Marcelo Rozenfeld Levites.** Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

**Pedro Subtil de Paula.** Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Tradução e adaptação:

Sobramfa (Sociedade Brasileira de Medicina de Família) — Rua Sílvia, 56 — Bela Vista — São Paulo (SP) — CEP 01331-000

Tel. (11) 3253-7251/3285-3126

E-mail: sobramfa@sobramfa.com.br — <http://www.sobramfa.com.br>

Entrada: 14 de novembro de 2015 — Última modificação: 11 de dezembro de 2015 — Aceite: 11 de dezembro de 2015

Restreamento com ecocardiografia transtorácica não parece ter benefício clínico

## REFERÊNCIAS

1. Centre for Evidence Based Medicine. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009). Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Acessado em 2015 (2 dez).
2. Lindekleiv H, Løchen ML, Mathiesen EB, et al. Echocardiographic screening of the general population and long-term survival: a randomized clinical study. JAMA Intern Med. 2013;173(17):1592-8.

RESPONSÁVEL PELA EDIÇÃO DESTA SEÇÃO: SOBRAMFA



# Cultura confirmatória não é necessária para os resultados negativos do teste rápido estreptocócico

*Autores da tradução:*

*Pablo Gonzáles Blasco<sup>1</sup>, Marcelo Rozenfeld Levites<sup>2</sup>, Pedro Subtil de Paula<sup>3</sup>*

Sociedade Brasileira de Medicina de Família

## PERGUNTA CLÍNICA

Resultados negativos de testes rápidos para estreptococos precisam ser confirmados por cultura?

## PONTO DE PARTIDA

Embora a febre reumática, devido à infecção por estreptococo do grupo A, tenha praticamente desaparecido nos países desenvolvidos,<sup>1</sup> alguns países ainda não medem esforços para rastrear infecções de garganta para estreptococos, como ocorre nos Estados Unidos. Como resultado, cada novo caso evitado de febre reumática com as culturas custa US\$ 8 milhões aos cofres norte-americanos.<sup>2</sup> A metanálise constatou que os testes rápidos de antígenos já amplamente utilizados naquele país são muito eficazes tanto para identificar quanto para excluir a infecção pelo estreptococo. No geral, a sensibilidade desses testes é de 86% e a especificidade é de 96%, tanto na população geral quanto em crianças. Os autores da análise argumentam que a sensibilidade é alta o suficiente

para abandonar a prática de longa data de confirmar resultados negativos de testes antigênicos com cultura. Talvez um dia poderemos aposentar o "strep test", até lá, ao menos das culturas já podemos nos livrar (nível de evidência = 1a).<sup>3</sup>

## DESENHO DE ESTUDO

Revisão sistemática.

## FINANCIAMENTO

Autofinanciado ou sem financiamento.

## CENÁRIO

Vários.

## ALOCACÃO

Desconhecida.

<sup>1</sup>Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).  
<sup>2</sup>Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Editores responsáveis por esta seção:

**Pablo Gonzáles Blasco.** Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).  
**Marcelo Rozenfeld Levites.** Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).  
**Pedro Subtil de Paula.** Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Tradução e adaptação:

Sobramfa (Sociedade Brasileira de Medicina de Família) — Rua Silvia, 56 — Bela Vista — São Paulo (SP) — CEP 01331-000  
Tel. (11) 3253-7251/3285-3126  
E-mail: sobramfa@sobramfa.com.br — <http://www.sobramfa.com.br>

Entrada: 27 de novembro de 2015 — Última modificação: 16 de dezembro de 2015 — Aceite: 17 de dezembro de 2015

Cultura confirmatória não é necessária para os resultados negativos do teste rápido estreptocócico

## SINOPSE

Os pesquisadores<sup>4</sup> investigaram o Medline e o Embase para identificar 48 estudos que compararam o uso dos testes rápidos para estreptococo do grupo A com cultura de garganta, o padrão ouro. A pesquisa foi limitada para estudos de língua inglesa. Dois pesquisadores avaliaram todos os estudos quanto à qualidade. Os estudos foram realizados em diversas partes do mundo, utilizando seis diferentes

métodos de ensaio (aglutinação de látex, *enzyme-linked immunosorbent assay* etc.). Em geral, a sensibilidade de todos os testes rápidos antigênicos foi de 86% (intervalo de confiança, IC, de 95% 83%-88%) e a especificidade de 96% (94%-97%). Os resultados foram similares quando os estudos foram limitados aos realizados em crianças. As técnicas moleculares (sondas de DNA, os métodos de reação em cadeia da polimerase, PCR) foram ligeiramente melhores, embora esses testes tenham um tempo de resposta maior, entre uma a três horas.

## REFERÊNCIAS

1. Marjon E, Mirabel M, Celemajer DS, Jouven X. Rheumatic heart disease. *Lancet*. 2012;379(9819):953-64.
2. Ehrlich JE, Demopoulos BP, Daniel KR Jr, Ricarte MC, Glied S. Cost-effectiveness of treatment options for prevention of rheumatic heart disease from Group A streptococcal pharyngitis in a pediatric population. *Prev Med*. 2002;35(3):250-7.
3. Centre for Evidence Based Medicine. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009). Disponível em: <http://www.csbm.net/index.aspx?o=1025>. Acessado em 2015 (2 dez).
4. Lean WL, Amup S, Danchin M, Steer AC. Rapid diagnostic tests for group A streptococcal pharyngitis: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2014;134(4):771-81.

PELA EDIÇÃO DESTA SEÇÃO: SOBRAMFA



## Trabalhos em congressos internacionais



### **49 STFM Annual Spring Conference, 2016, Minneapolis, USA (Society of Teachers of Family Medicine) (30/4- 4/5/16)**

Blasco PG, Janaudis MA, Moreto G, Paula PS, Zandonadi ST. Let them take care of Patients, They know how to do it: A Tag along project for involving Medical Students and Pre Med Students in Family Practice In: 49 STFM Annual Spring Conference, 2016, Minneapolis. 49 STFM Annual Spring Conference Final Program. , 2016. v.1. p.10 – 10

Janaudis MA, Vechia VD, Fernandes I, Blasco PY. Senior Medical Students Teaching Younger Students: What can you learn when you

are in the mentor role In: 49 STFM Annual Spring Conference, 2016, Minneapolis. 49 STFM Annual Spring Conference Final Program. , 2016. v.1. p.22 - 22

**Sunday,**  
may 1

7:15–8:15 am

**SCHOLARLY TOPIC ROUNDTABLE PRESENTATIONS**

**Room: Grand Ballroom**

**B001: Family Medicine Under Fire: How to Strengthen our Residency Programs**  
residier Fetsch, MD; Montgomery Douglas, MD; Harkens-Kobot MD; Acita Solmass, MD

**B002: How Patients Identify God in Urgent and Emergent Situations**  
Deputy Doyle, MD, Steven Sletanoc

**B003: Reinvention or Being Carried Out in a Box: Non-Financial Aspects of Physician Retirement**  
Janice Greenwald, MD, Steven Vincent, MD, Corie Flowerman, PhD

**B004: Teaching Wellness, It's Not the Absence of Illness: Shifting the Perspective of Family Medicine Training**  
Andres Garcia, MD, Michele Blah, MD

**B005: Writing for Success: Publishing in the Medical Literature**  
Charles Panta, PhD/MD

**B006: "Espirit de Corps:" Strengthening Organizational Morale as a Resource in High-Change Environments**  
Deborah Ryker, PhD, Donald Wadewick, MD

**B007: Integrating Doctorate Level Psychology Practicum Students Into a Primary Care Residency Clinic**  
James Shaw

**B008: Teaching Coding and Why Residents Should Care**  
Jan Parnick, MD

**B009: Achieving Osteopathic Recognition in a Family Medicine Residency Program**  
Laney Faucette, DO, Nicole Roberts, CA, MCHPE

**B010: How Can Student Involvement in a Student-Run Free Clinic Increase Interest in Family Medicine?**  
Chadwick Pappal, DO, Phil Pimenta, Anjali Mahapatra, Daniel Moore

**B011: The Patient-Centered Medical Home Experience: Integrating Residency Orientation With a Clinical Rotation for Optimization**  
Lance Fuchs, MD

**B012: The Engage Initiative: Five Key Ingredients for Perfectly SPICED Seminars**  
Melissa Stone, MD, Thomas Nahn, MD, Arianne Mertonitz, MD, Agnieszka Jackson, DO, Jaxxy White

**B013: Seeing the Unseen: Using Simulation to Directly Evaluate Clinical Milestones and Patient Assessment Skills**  
Jack Wells, Jr MD, MBA

**B014: Let Them Take Care of Patients, They Know How to Do It: A Tag Along Program for Involving Young Medical Students and Pre Med Students in Family Practice**  
Patric Risco, MD, PhD, Astrid Jaraudin, MD, Elizabeth Morton, MD, Pauline Paul, Steve Zandorani

**B016: Teaching as a Retiree Job for Community Family Physicians**  
Curtis Hays, MD

**B017: Training Residents and Graduate Students for Integrated Behavioral Health Systems**  
Jay Rastek, MD, Marc Zukerberg, PhD, LMFT

**B018: Optimizing the Clinical Competency Committee Experience: Faculty Engagement and Resident Discussions**  
Timothy Graham, MD, Chao Branin, MD, Carol Russek, MSW, LSW, S

**B020: Prescription Opioid Abuse: What is the Health Policy Response?**  
Sydney Saragov, Wilfred Evans, MD, Aron Danolis, PhD/MD, Raymond Guggen, W, Professor

**B021: Creating Opportunities for Self-Directed Learning in Behavioral Health**  
Linda Myer-Lutz, PhD

**B022: Enhancing Resident Awareness of Health Literacy Through Interactive Learning Experiences**  
Carole Kay, MD, Deborah Vogel, MD

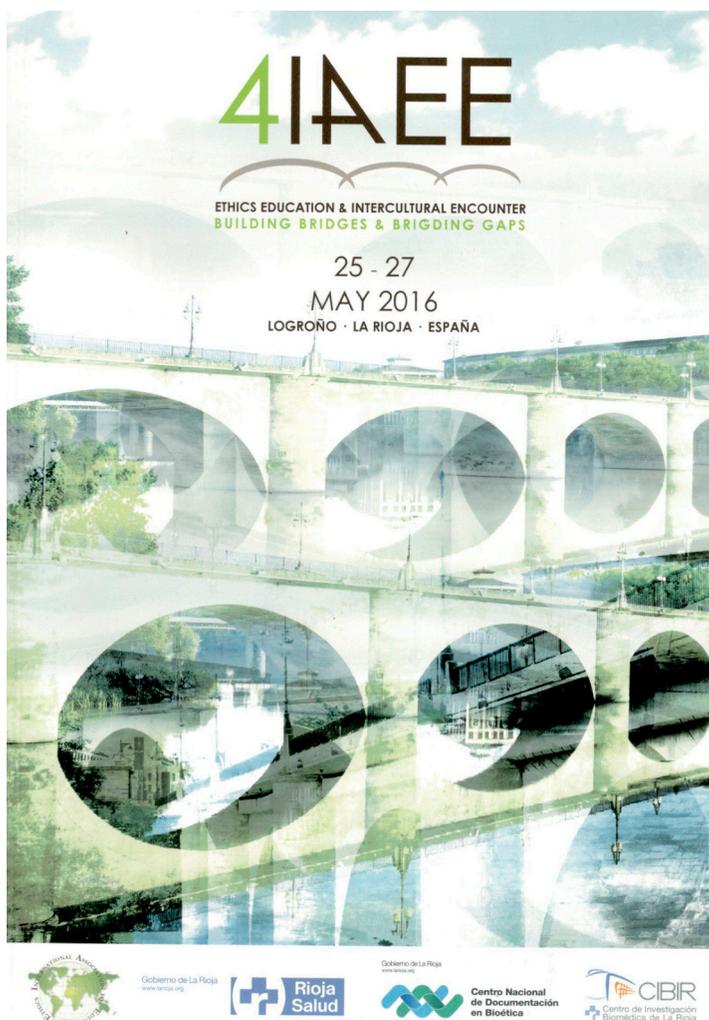
**B024: New Payment Models Within a Virtual Practice**  
James Vogt, MD

**B025: Sweet Talk: Starting a 28-Week Group Prenatal Visit in Conjunction With Gestational Diabetes Screening Lab Visit**  
Nancy Zink, MD, Malen Briggs

**B026: Stepwise Approach to the Creation of an Arts Journal**  
Brian Aronow, Cath Smith, Christine Fleiss, Adam Sapostnik, MD

**B027: Starting a Point of Care Ultrasound Training Program**  
Dina Shoen, MD, George Bergau, MD, MBA/MS

10



## **4th Conference of the International Association of Education in Ethics (4IAEE). Logroño (La Rioja), Spain. (25 -27/5/16)**

Blasco PG. Movie Clips to bridge doctors' heads and hearts through empathy.

Blasco PG. Cinema and Ethics Education. Using the Clip Methodology to deal with students' emotions and promoting ethical attitudes.



## **21th Wonca Europe Conference, Copenhagen, Dinamarca (15- 18/6/16)**

Blasco PG, Moreto G. Movie clips to bridge doctors' heads and hearts through empathy: a faculty development workshop In: 21 WONCA EUROPE CONFERENCE 2016, 2016, Copenhagen. 21 WONCA EUROPE CONFERENCE FINAL PROGRAM. , 2016. v.1. p.12 –

### **Movie clips to bridge doctors' heads and hearts through empathy: a faculty development workshop**

#### **Justification and interest of the workshop**

Empathy has to do with deeply understanding of the other, and is a path to bridge scientific knowledge with compassion for better caring. Can empathy be taught? Is it possible to establish a learning process for empathy? A broad range of biographical experiences influence the development of empathy. Emotions are one of the key factors and they play a specific role in learning attitudes and behavior. Movies provide a narrative model framed in emotions and images that are also grounded in the everyday universe. They offer a quick and direct teaching scenario

in which specific scenes point out important issues and emotions are presented in accessible ways.

Fostering reflection is the main goal in the cinematic teaching set. The purpose is not to show students how to incorporate a particular attitude, but rather to promote their reflection. Reflection is the necessary bridge to move from emotions to behavior. As the audiovisual resources are permeating our current culture, opportunities for teaching with cinema are well suited to the learners' environment. The authors have developed the Movie Clip Methodology for almost twenty years and want to share their experience in this workshop. The learning goals are to understand the strategy for using movie clips for teaching empathy and reflective practice to their students. We expect an interactive discussion with the audience for exchanging experiences.

## **Contents and Methods**

1. Introducing presenters and asking the audience about their own experience in using cinematic teaching (20')
2. Showing movie clips (20')
3. Getting feedback from the audience. (20')
4. Showing additional clips and generate themes identified by participants(20')
5. Summarizing (10')

**Keywords:** Cinema, Empathy, Emotions, Medical Humanities, Faculty Development, Medical Education.

Blasco PG, Moreto G. Facing your challenges in teaching and how humanities could help: a peer reflective workshop In: 21 WONCA EUROPE CONFERENCE 2016, 2016, Copenhagen. 21 WONCA EUROPE CONFERENCE FINAL PROGRAM. , 2016. v.1. p.13 –

## **Facing your challenges in teaching and how Humanities could help: A Peer Reflective Workshop**

### **Justification and interest.**

Faculty face challenges when they teach and have few opportunities to share them and reflect with their peers. Usually when discussing educational issues with their colleagues, they often spend most of this time talking about problematic students, and barriers with the learning environment. Stating new paradigms implies in learn how to share weakness and frustrations, find resources for a better teaching performance, identify personal role models and use them to inspire and motivate teaching, leadership, and students. Humanities are a powerful resource to facilitate the peer reflection among faculty members. As the humanistic perspective of doctoring and teaching is placed, people realize that communication and sharing experiences are core issues for educating students, residents and faculty themselves as human beings. Working with our core beliefs and values is crucial to job satisfaction, avoiding burn out, developing leadership and rewarding personal and professional development as teachers and family doctors. This workshop is proposed to those who are involved in family medicine teaching. We expect an interactive discussion with the audience, high feedback from the participants, and an opportunity to start a peer feedback scenario on teaching. Their experience will be the basic issue for starting the discussion, enriched with exchanging experiences, and with some classical thoughts taken from well-known family medicine educators.

### **Contents and Methods**

1. Presenters will ask the audience to introduce themselves and list the main challenges they face in their teaching set. (30')
2. Presenters will describe their experience in using Humanistic Resources (music, movies, poetry, literature) and apply the methodology with the audience (25')

3. Interactive discussion with the audience: emerging topics, new ideas, how to humanities to encourage teachers to identify their core values and beliefs. (25')
4. Summarizing: what did we learn? (10')
5. Keywords: Faculty Development, Medical Humanities, Peer Reflection.

Moreto G, Moura JC, Bivanco-Lima D, Sales ML, Galloti R. The primary care integrated ambulatory: an efficient methodology to teach medical students family practice and family medicine core values. In: 21 WONCA EUROPE CONFERENCE 2016, 2016, Copenhagen. 21 WONCA EUROPE CONFERENCE FINAL PROGRAM. , 2016. v.1. p. 6

*Innovating  
in Education*

Gaudí's Salamander

Gaudí's Park Güell

Casa Batlló

Casa De Les Panaguel

www.amee.org  
amee@dundee.ac.uk

In collaboration  
with SEDEM

27th - 31st August 2016

**BARCELONA**

Centre de Convencions Internacional de Barcelona

*Inspire and be inspired*

**Conference themes include:**

- Responding to challenging circumstances
- Justifying the costs of innovation
- Decision-making in a complex environment

**Programme includes:**

- AMEE Essential Skills in Medical Education Courses & Masterclasses
- Pre-conference workshops
- Plenaries
- Symposia
- Short communications, posters, workshops, PechaKucha, Fringe
- Research Papers, PhD Reports
- Meet the Experts
- Exhibition

Scottish Charity SC03618

**amee 2016**

AN INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR MEDICAL EDUCATION

## AMEE 2016 Conference – Association for Medical Education in Europe. Barcelona, 27-31/8/16

Moreto G, Blasco PG, Saaman J. Assessing Empathy among Medical Students: a comparative analysis using two medical scales in a Brazilian Medical School In: AMEE 2016- International Association for Medical Education, 2016, Barcelona. AMME 2016 Abstract Book, 2016. v.1. p.28 - 28

Blasco PG, Moreto G, Janaudis MA, Levites MR. Regarding Hannah Arendt Movie: Learning Reflective Practice In: AMEE 2016- International Association for Medical Education, 2016, Barcelona. AMME Abstract Book. , 2016. v.1. p.635 – 635

mee MEDICAL ASSOCIATION FOR MEDICAL EDUCATION		Monday 29 August	
<b>#3E</b>	<b>Research Paper: Self-regulation and Self-efficacy</b> Chairperson: Anthony Artino Assessor: Location: 212 – P2	1115-1130	<b>#3G6</b> Complexities of (inter-)professional identity formation: The voices of dental hygienists <i>Rintaro Imafuku (Gifu University, Medical Education Development Center, Gifu, Japan)</i>
<b>#3E1</b>	<b>From pinball to snowball: How others affect clinical students' self-regulated learning</b> <i>Joris Berkhout (Academic Medical Center-University of Amsterdam, Amsterdam, Netherlands)</i>	1130-1145	<b>#3G7</b> eProfessionalism: Developing a curriculum that promotes a #positive_online_identity. <i>Michael Fox (University of Bristol, Bristol, UK)</i>
<b>#3E2</b>	<b>Development and validation of a measurement tool for Self-Efficacy in Clinical Teaching</b> <i>Lawrie McArthur (Discipline of General Practice, School of Medicine, The University of Adelaide, Adelaide, Australia)</i>	1145-1200	Discussion
<b>#3E3</b>	<b>An innovative intervention to develop the Self Efficacy of Clinical Teachers in Australian General Practice</b> <i>Lawrie McArthur (Discipline of General Practice, School of Medicine, The University of Adelaide, Adelaide, Australia)</i>	1000-1200	<b>#3H</b> Short Communication: Empathy Chairperson: Maria de Jesus Ortiz Gonzalez (Mexico) Location: MR 114 – P1
<b>#3E4</b>	<b>How do high self-regulated learners study? The study-monitor-regulate (SRM) approach</b> <i>Anique de Bruin (Maastricht University - School of Health Professions Education, Maastricht, Netherlands)</i>	1000-1015	<b>#3H1</b> The Physician Healer Track: a longitudinal approach to developing compassion and avoiding compassion fatigue <i>Loretta Lee Grumbles (The University of Texas Medical Branch/Galveston, Galveston, Texas, USA)</i>
<b>#3E5</b>	<b>Instructional Videos Inducing Process-Goals Increase Novices' Performance, Compared to Traditional Video Design - A Randomized Trial</b> <i>Mikael Henriksen (Copenhagen Academy for Medical Education and Simulation, Capital Region of Denmark And University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark)</i>	1015-1030	<b>#3H2</b> Cultivating compassion in undergraduate students: an interprofessional study <i>Julia Montgomery (Brighton &amp; Sussex Medical School, Brighton, UK)</i>
<b>#3E6</b>	<b>Simulation-based camera navigation training in laparoscopy and motivational factors</b> <i>Cecilia Nilsson (Juliane Marie Center, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark)</i>	1030-1045	<b>#3H3</b> What goes up, must come down? Comparing longitudinal changes in medical student empathy, patient-centeredness, and tolerance of ambiguity. <i>Jeffrey Cheung (University of Toronto, Toronto, Canada)</i>
<b>#3F Symposium: Teaching Medicine in the Clinical Setting (Conducted In Spanish)</b> Organised by Spanish Society for Medical Education (SEDEM) (Coordinator: Jesus Millan Nùñez-Cortes) Location: MR 111 – P1		1045-1100	<b>#3H4</b> 'To err on the side of coldness' - the hidden curriculum at work ... <i>Lorna Davin (University of Notre Dame, Fremantle, Australia)</i>
<b>#3G</b> Short Communication: Professional Identity Chairperson: Preston Reynolds (USA) Discussant: Esther Helmich (Netherlands) Location: MR 113 – P1		1100-1115	<b>#3H5</b> A Pilot study to evaluate the utility of the 'care' measure to assess care and empathy in medical students <i>Emily Pender (School of Medicine, University College Dublin, Dublin, Ireland)</i>
<b>#3G1</b> Participation in faculty development programs and student's development of professional identity <i>Jehanne de Grasset (Geneva university hospital (HUG), Geneva, Switzerland)</i>		1115-1130	<b>#3H6</b> Assessing Empathy among Medical Students: A Comparative Analysis using two different scales in a Brazilian Medical School <i>Graziela Moreto (UNINOVE - University 9 de Julho, São Paulo, Brazil)</i>
<b>#3G2</b> A qualitative study on how students develop their professional identity during various clinical rotations <i>Marieke Adema (UMCG - CEDAR, Groningen, Netherlands)</i>		1130-1145	<b>#3H7</b> Gender and personality effect on empathy growth: a study with four sample moments <i>Alexandra Ferreira-Valente (Address: Life and Health Sciences Research Institute, University of Minho, Braga, Portugal)</i>
<b>#3G3</b> "Medical Stories through the Looking Glass"-An Innovative Medical Student-Led Program for Fostering Humanistic Professional Identity Formation <i>Ranu Boppana (American University of the Caribbean, Cupecoy, Saint Lucia)</i>		1145-1200	<b>#3H8</b> Empathy and learning styles amongst Chilean medical students: a multi-center cross-sectional study. <i>Isabel Leiva (Departamento de Enfermedades Respiratorias y Centro de Educación Médica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile)</i>
<b>#3G4</b> Who are medical students? Implicit theories of the self and the implications for medical education <i>Judy McKimm (Swansea University, Swansea, UK)</i>		1000-1200	<b>#3I</b> Patil Awards 1 Chairperson/Assessor: Rille Pihlak (Estonia) Assessors: Deborah Murdoch-Eaton (UK); Niv Patil (Hong Kong) Location: MR 115 – P1
<b>#3G5</b> The Challenge of Evidencing Self-Authorship Development <i>Joshua Kroll (University Of Sheffield, Sheffield, UK)</i>		1000-1015	<b>#3I1</b> Medical student preparedness for transition to internship improves after simulation-based 'ward calls' course <i>Tzu-Chieh Yu (University of Auckland, Auckland, New Zealand)</i>
		1015-1030	<b>#3I2</b> Challenge – based learning. Interprofessional students teams to prevent complications of hospitalizations in elderly patients. <i>Weronika Kalwak (Psychology Department, Jagiellonian University, Krakow, Poland)</i>

## Regarding Hannah Arendt Movie: Learning Reflective Practice

**(Pablo González Blasco, Sissi Tess Zandonadi, Marco Aurelio Janaudis,  
Graziela Moreto, Pedro Subtil de Paula)**

Reflection is the keystone for incorporate ethical attitudes into daily practice. Although technical knowledge and skills can be acquired through training, it is impossible to refine attitudes, acquire virtues, and incorporate values without reflection. Learning through aesthetics –in which cinema is included- stimulates a reflective attitude in the learner since it portrays a tremendous spectrum of attitudes required for building ethics and professionalism. Fostering reflection is the main goal in the cinematic teaching set.

We have used cinema in medical education for a long time, not just to show the right way of doctoring, but primarily to push learners to reflect. The recent movie, Hannah Arendt (cfr. IMDB: <http://www.imdb.com/title/tt1674773>) offers and excellent opportunity for dealing with reflective practice. Hannah's lecture about her report ("Eichmann in Jerusalem") is powerful, and the 6-minute clip speaks for itself.

*"I wrote no defense of Eichmann, but I did try to reconcile the shocking mediocrity of the man with his staggering deeds. (...) In refusing to be a person Eichmann utterly surrendered that single most defining human quality, that of being able to think. And consequently he was no longer capable of making moral judgments. (...) The greatest evil in the world is the evil committed by nobodies. Evil committed by men without motive, without convictions, without wicked hearts or demonic wills, by human beings who refuse to be persons. And it is this phenomenon that I have called the 'banality of evil'."*

In this Fringe Session we'll see Hannah Arendt speech and the audience will have the opportunity to reflect why doctors lose ethic

perspective. It's not because they are malicious or because they don't care about patients. They just keep working, get into the scientific process, neglect details, ignore patient's world and feelings. They are not wicked people: they just stop thinking.

Let them take care of patients, they know how to do it: A Tag Along Program for involving young medical students and Pre Med students in Family Practice.

### **Abstract**

Very few of the current 250 Brazilian medical schools have a curriculum that includes working with practicing family physicians, so students don't understand what family medicine is about. To help in this endeavor SOBRAMFA- Brazilian Society of Family Medicine started in 2004 a Tag Along Program in Family Practice, which provides an opportunity for medical students to work with SOBRAMFA physicians in a wide variety of clinical settings. So far 170 students from 48 different medical schools have participated, spending one or two weeks according with their respective medical school. Even very young students and Pre Med Students joined the program and the results demonstrate that regardless of how much medicine they know they realize that understanding the person comes before clinical action so they are capable to interact and take care of patients with proper supervision. The students' feedback points out real understanding about the broad perspective of family practice, emphasizes the significance of family doctors as role models and increase respect for them. Students understand that family medicine core values are important and useful in becoming a better doctor

### **What is the session about?**

Very few of the 250 Brazilian medical schools in Brazil have family medicine in the undergraduate curriculum and even those who do rarely have family doctors teaching it.

In order to expose medical students to a real family practice setting in which both the core values and the current practice of family medicine can be understood at the same time, SOBRAMFA- Brazilian Society of Family Medicine has implemented the Tag Along Program in Family Practice. This Program – lasting one or two weeks (40 or 80 hours) - includes seeing patients in the family practice ambulatory setting (clinic), on home visits, accompanying family doctors to see inpatients, dealing with palliative care and with geriatrics nursing homes, providing continuity of care to patients with multiple co-morbidities, and the overall broad perspective a SOBRAMFA family doctor has in private practice. The Tag Along Program started in 2004 and so far 170 students from 48 different medical schools have joined the program. Its results demonstrate the importance of exposing students to the “real world” of family practice, in a variety of clinical and teaching settings.

A very important educational issue is that students are capable to take care of patients with proper supervision. Even those young students (at the very first years of medical school) are allowed to see patients, follow clinical examination, discuss prescription, and participate in the usual decisions that the medical staff takes for providing care for patients. The students interact with patients all the time. They acknowledge that empathy is at the core of patient treatment, as it is at the core of interpersonal interactions and social cognition. Regardless of how much medicine they know (some of them are very young), they realize that understanding the person comes before clinical action. This is indeed a very worthy outcome for every student.

As the students are required to evaluate the program they point out as core learning issues: how to develop communication skills, understanding the whole person and the family context, continuity of care, solving complicated problems with inpatients, dealing with other physicians and facilitating the health professional teams for provide better care. Also, they address self-knowledge and insight as a surprising outcome of the program. The students gain respect for the specialty and spread this “discovery” to their colleagues.

## **Why is this session important?**

Our experience in Brazil shows that when students get in contact with family medicine in medical schools – which usually lacks the academic component of the discipline and the real practice of a family doctor particularly in private practice - they don't want to be part of it.

To solve this challenge, SOBRAMFA strategy is to involve young medical students (in Brazil, students begin medical school right after High School, at 18) in the family medicine context. What students need is to see family doctors working in their daily practices. And this means to interact with patients, and learn how to take care of them. Thus, a Tag Along Program opened for medical students, even for Pre Med Students, results as a successful path to demonstrate what family medicine is about and to promote new leaders.

In this session the participants will see the students' feedback coming from the Tag Along Program evaluation. It's relevant for example, the feedback gave by a Pre Med student from an American University which joined the Program. Her testimony resumes the importance of the session:

“Coming to Brazil during summer vacation and getting to know the team at SOBRAMFA, I joined them on the Tag Along Program for two weeks. Two weeks that taught me more than 3 years as a Pre-Med in an American University. On my very first day, I was nervous. In the opportunities that I got to spend time inside of a hospital, I barely got a glimpse of the reason why I want to be a doctor in the first place: the patients. My mentors encouraged me to communicate with the patients, who asked me many questions and expected me to know the answers and, I was surprised to realize I knew those answers most of the time. I realized throughout the week that I could give the patients reassurance and reinforce their trust in the doctors. I also came to notice that most patients in the clinic seemed a lot more content to have more than one person from the medical field in the room. Many of them told me that it made them “feel safe and hopeful to see a younger generation dedicating their free time to gather experience in a field so necessary and delicate”. The Tag Along Program was to me the eye-opener I believe every

Pre-Med student should have. It helped me realize how much I already know and develop my confidence. Its Practical experience helped me learn more and it showed me situations and subjects that don't usually come up in a classroom and are not able to be read about in textbooks".

I had an irreplaceable experience with the patients, and even if my presence was almost insignificant to help them, I got a chance to know how much of a difference I can make if I stay on this path"

### **First Objective**

The value of exposing medical students to the real world of family practice (particularly in a country with little formal medical school experience in the discipline), to demonstrate the broad perspective family doctors have and the basket of services they could be in charge of.

### **Second Objective**

A relevant outcome to share with international medical educators: there are very few requirements for allow young students (even Pre Med Students) to take care of patients. They know how to do it. All they need is to be supervised by family doctors with teaching abilities

### **Third Objective**

How family medicine core values, when put into practice, are envisioned by medical students as resources to become better physicians. Despite the specialty they will choose in the future, they consider family doctors as remarkable teachers who make the difference in their education.

LWW 02/17/16 4 Color Fig(s):0 02:26 AM Acad Med 1440000

Medicine and the Arts

**Hannah Arendt**

By Pamela Katz and Margarethe von Trotta



© 2012 Heimatfilm GmbH + Co KG, Amour Fou Luxembourg SARL, Mact Productions SA, Metro Communications Ltd. U.S. theatrical poster for HANNAH ARENDT, a film by Margarethe von Trotta. A Zeitgeist Films release. Photo Courtesy of Zeitgeist Films, Ltd. Barbara Sukowa as Hannah Arendt in HANNAH ARENDT, a film by Margarethe von Trotta. A Zeitgeist Films release. Photo courtesy of Zeitgeist Films, Ltd. Poster and photo reprinted with permission. See facing page for commentary.

## Encuentro en el Parlament de Catalunya. 1/9/16-

Blasco PG. Cine y Educación: Nuevas Perspectivas de Liderazgo Político y Social.

## XI Curso de Verano: Enseñanza e Investigación en Bioética, 2016. Zaragoza, Espanha. 3/9/16

Blasco PG. Humanización de la evidencia científica a través del 7º arte.

**Simpósio Internacional sobre Medicina Integral Humanística - Brasil, Japão, EUA e Áustria**

07 de Novembro de 2016 - 8:30h as 13:00h



**Ryuki Kassai, MD, PhD, FRCGP**  
Professor and Chair  
Department of Community and Family Medicine  
Fukushima Medical University



**WM. MacMillan Rodney, MD**  
Professor Family Medicine  
Memphis, Tennessee



**Manfred Maier, MD**  
Medical University Vienna



**Pablo González Blasco, MD, PhD, FACP**  
Scientific Director  
SOBRAMFA – Medical Education & Humanism





*Inscrições gratuitas - Vagas Limitadas - Tradução Simultânea Livre*

**Inscrições: [coordclinica@hospitalsantacruz.com.br](mailto:coordclinica@hospitalsantacruz.com.br) / (11) 5080-2240**  
Local: Rua Santa Cruz, 255, Vila Mariana, São Paulo, SP

## Wonca Rio de Janeiro – 2-6/11/16



Apresentações de:

*Thais Raquel e Manfred Mayer:*

**Family Medicine in Brazil: a medical specialty or a government program? A brief reflection**

*Pedro S de Paula e Dr. Ryuki Kassai, MD*

**Movie Clips to Teach Medical Professionalism:  
from emotions to reflection and attitudes.  
A Faculty Development Workshop**

## **Apresentações em congressos nacionais**

### **XX Congresso SOBRAMFA**

### **V Simpósio de Cuidados Paliativos**

### **III Simpósio de Cuidados à Pacientes Crônicos**

*“A construção do saber humanizado na assistência à saúde”.*

14 a 16 de outubro 2016  
Hotel Recanto São Cristóvão  
Rodovia Floriano Rodrigues Pinheiro - KM 45  
Campos do Jordão

**Realização:** SOBRAMFA

**Apoio:** Centro de Reabilitação e Prevenção à Saúde São Cristóvão

**Patrocínio:** São Cristóvão Saúde



## XX CONGRESSO SOBRAFMA V SIMPÓSIO DE CUIDADOS PALIATIVOS III SIMPÓSIO DE CUIDADOS ÀS PACIENTES CRÔNICOS SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE

### 14 DE OUTUBRO

20h às 22h

Sessão de Narrativas

### 15 DE OUTUBRO

07h às 08h:30

Café da manhã

08h:30 às 09h

Entrega de material

09h às 09h:45

Abertura

Eng. Valdir Pereira Ventura

CEO do Grupo São Cristóvão Saúde

Marco Aurélio Janaudis, PhD

Secretário Geral da SOBRAFMA - Educação Médica & Humanismo, Prof. Adjunto da Faculdade de Medicina de Jundiaí

09h:45 às 11h

Tema - A importância da comunicação na

ação clínica. Lições de duas décadas

Pablo González Blasco

MD, PhD, FACP Diretor Científico SOBRAFMA - Educação Médica & Humanismo

Dr. Valdir Reginato

Membro relator do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, Professor e colaborador na área de História da Medicina, Filosofia e Bioética para Ciências Biológicas-UNIFESP

Caso clínico do workshop - 57 anos,

condrossarcoma avançado, metá hepática.

### A CONSTRUÇÃO DO SABER

#### HUMANIZADO NA

#### ASSISTÊNCIA À SAÚDE

11h às 11h:20

Coffee Break

11h:20 às 12h:30

Workshop - O Conhecimento Médico e os

Quatro Quadrantes - Casos Clínicos

a) O Profissional da saúde: Reflexão

necessária para uma boa ação clínica

b) Estar doente versus sentir-se doente

c) Os Benefícios do Conhecimento Integral

do Médico

d) Considerando o Contexto Social no

Cuidado ao Paciente

12h:30 às 14h

Almoço

14h às 15h

Tema - O profissional e os cuidados

paliativos: sobrecarga e desafios

Prof. Cláudio Queiroz

Formado e Mestre em Administração

Pos-graduado em Recursos Humanos e Marketing.

Professor na FAAP e FGV

### 16 DE OUTUBRO

07h às 08h:30

Café da manhã

09h às 09h:20

Introdução sobre Cuidados Crônicos e sua

Importância

09h:20 às 10h:20

Tema - Humanismo: cliente externo, cliente

interno e ambiente.

Paula Gallo

Gerente de Marketing do Hospital Santa Paula

10h:20 às 10h:40

Coffee Break

10h:40 às 12h

Mesa redonda

Mediador - Dr. Marco Aurélio Janaudis

Secretário Geral da SOBRAFMA - Educação Médica & Humanismo

Tema - Doentes Crônicos: Paciente certo no

lugar certo

Eng. Valdir Pereira Ventura

CEO do Grupo São Cristóvão Saúde

Caroline Ventura Amaro

Diretora de Estratégia e Gestão do Grupo São Cristóvão

Dr. Marcelo R. Levites

SOBRAFMA - Educação Médica & Humanismo

Dr. Marcelo Severino da Silva

Diretor Técnico do Hospital e Maternidade São Cristóvão

12h às 12h:30

Premiação de trabalhos

12h:30 às 13h

Encerramento

13h às 14h:30

Almoço



## Outras publicações

The poster features a logo at the top left that reads "Café com saúde" with a stylized coffee cup and steam. Below the logo, the word "APRESENTA" is written in a simple, sans-serif font. The main title, "Cinema e Medicina: Uma Proposta de Humanização na Educação Médica", is prominently displayed in a bold, black, sans-serif font. Below the title, the author's name, "Por Dr. Pablo González Blasco", is written in a smaller, italicized font. A horizontal film strip graphic runs across the middle of the poster, containing three black and white film stills: a man and a woman in a clinical setting, a man in a hat looking at a woman, and a man in a white coat at a desk. Below the film strip, the event date "Dia 19 de agosto" is written in red, followed by the location "Auditório José Ademar Dias" and "Secretaria de Estado da Saúde" in black. The registration information "Inscrições abertas em" and the website "www.ccd.saude.sp.gov.br" are also included. At the bottom, there are logos for the "CCD COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS" and the "GOVERNO DO ESTADO SÃO PAULO SECRETARIA DA SAÚDE".

**Café com saúde**

APRESENTA

**Cinema e Medicina:  
Uma Proposta de Humanização  
na Educação Médica**

*Por Dr. Pablo González Blasco*

**Dia 19 de agosto**  
Auditório José Ademar Dias  
Secretaria de Estado da Saúde

Inscrições abertas em  
[www.ccd.saude.sp.gov.br](http://www.ccd.saude.sp.gov.br)

Francisco Carlos de Almeida  
Diretor

CCD  
COORDENADORIA DE  
CONTROLE DE DOENÇAS

GOVERNO DO ESTADO  
**SÃO PAULO**  
Secretaria da Saúde

## Pablo Gonzalez-Blasco

# Luz, câmera, educação

**ROBERTO ZANIN**  
ESPECIAL PARA O SÃO PAULO

O médico, professor e escritor Pablo Gonzalez-Blasco, respira cinema desde criança. Em casa, seus pais, avós e irmãos faziam da sétima arte o assunto preferido. Muitas lições vindas da tela eram transportadas para a vida familiar. Toda essa experiência foi levada para sua atividade na formação de jovens médicos e até virou tese de doutorado. Blasco percebeu, ainda, que bons filmes também trazem lições para pais, educadores e líderes. Nesta entrevista, ele fala sobre o poder do cinema na educação.

**O SÃO PAULO** – VOCÊ UTILIZA O CINEMA COMO FERRAMENTA PARA O ENSINO NA MEDICINA E ATÉ ESCREVEU UM LIVRO SOBRE ISSO, COMO DESCOBRIU QUE OS FILMES PODERIAM TER ESSA FINALIDADE?

**Pablo Gonzalez-Blasco** - Há mais de 25 anos, de modo espontâneo, comecei a compartilhar cenas de filmes com alguns alunos que estavam envolvidos num projeto conjunto, em busca de uma Medicina mais humana. Reparei que aquilo tinha um efeito que eu não tinha previsto ainda. O impacto emotivo era enorme, mesmo para os alunos que me tinham ajudado a montar o filme, juntando várias cenas de películas diferentes, na hora de projetá-lo e comentá-lo. Lembro-me que numa das primeiras ocasiões eu perguntei: "O que aconteceu? Vocês sabiam perfeitamente as cenas que eu projetaria. Por que essa emoção toda? Eles responderam: "Não, isto é algo diferente". O fato de estarem todos juntos, assistindo e refletindo sobre seus comentários, foi um mergulho de emoções e de vivências". Espiçado por essas experiências, decidi sistematizá-las de modo acadêmico. O resultado foi minha tese doutoral na Faculdade de Medicina da USP, sobre Educação Médica e Humanismo através do Cinema (<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-31082009-085309-pt-br.pdf>). Isso foi 15 anos atrás. De lá para cá, o trabalho não parou. Converti-me, de algum modo, no médico do cinema. Voltando à sua pergunta: a descoberta foi uma combinação de um hábito incorporado na infância e da resposta positiva dos alunos que me rodeavam há 20 anos. E foi confirmado pelos resultados educacionais nessas duas décadas.

**COMO DESCOBRIU QUE O CINEMA TAMBÉM SERIA FERRAMENTA DE ENSINO NÃO APENAS PARA OS MÉDICOS, MAS PARA QUALQUER PESSOA? Tenho muitos amigos e conhecidos**



que são diretores de empresas, gestores de vendas e de recursos humanos (RH). Sabendo do meu gosto pelo cinema e acompanhando a minha trajetória na educação médica, começaram a surgir os convites para "fazer aqui na minha empresa isso que você faz com seus alunos". Houve até casos desafiantes, em que um amigo diretor de vendas de uma importante multinacional convidou-me para conduzir um workshop que durava todo o dia. Ele tinha convocado os vendedores para cobrar os resultados que, diga-se de passagem, não eram dos melhores. O impacto foi excelente. Funcionou. A equipe mergulhou num processo reflexivo, e os vendedores decidiram redigir cartas de intenções para a equipe e para eles mesmos, e saíram felizes. Devo dizer que o encarregado de RH ficou recoso quando viu que a cobrança por vendas tinha parado. O meu amigo foi taxativo: "Isso é muito mais importante do que cobrar metas; isto é cuidar das pessoas, isso é o verdadeiro RH". Soube que no ano seguinte as vendas duplicaram.

**VOCÊ É AUTOR DO LIVRO "EDUCAÇÃO DA AFETIVIDADE ATRAVÉS DO CINEMA: COMO EDUCAR NOSSAS EMOCÕES COM OS FILMES"?**

O cinema é o modo moderno da narrativa. O envolvimento emocional é análogo ao que em outros tempos se tinha com a literatura (quando as pessoas liam mais), com o teatro, a poesia, a ópera. Enfim, com as artes. Hoje, o cinema tem uma presença maior, porque estamos ancorados numa cultura da imagem e da emoção. Perguntamos então: O que fazer com essa enxurrada de sentimentos? Como aproveitar isso para educar?

O progresso formativo não vem determinado apenas pelo que se conhece

e pelo que se faz, mas pelo modo como se conhece e como se executa. Os sentimentos promovem uma ponte entre o que se conhece – a ideia, o conceito, situado no âmbito do cognitivo – e o que se quer, o que se executa, situado no âmbito da vontade. Não basta saber as coisas para executá-las, é preciso querer fazê-las, e esse querer vai além da simples imposição da vontade. É uma questão de motivação. Surge a dúvida do possível risco que supõe educar apenas a sensibilidade, ancorar-se na estética e nas emoções, sabendo que os outros valores – o bom, o verdadeiro – permanecem como conceitos estranhos, pouco definidos para os jovens. Não seria esse método do cinema uma educação fictícia, superficial, epidérmica, que não atingiria o núcleo do educando para promover atitudes duradouras e maduras? Desencadear esse processo de reflexão, mediante recursos próximos ao estudante, é justamente o que se pretende com a estética, da qual o aprendizado por meio do cinema faz parte. Dito de outro modo: estabelecer um ponto de partida para uma atitude reflexiva, uma pista de decolagem para futuros aprendizados.

**COMO OS PAIS PODEM UTILIZAR O CINEMA PARA TRANSMITIR VALORES AOS FILHOS?**

Devem promover a reflexão. Deixar que os filhos pensem. O cinema não é um recurso para "dar recados", para dizer "como devem ser feitas as coisas", mas apenas para provocar a reflexão. Fazer as pessoas pensarem, esse é o núcleo da educação eficaz. E se acontecer que as pessoas pensem algo diferente do que eu pretendo? Esse é o risco natural de toda educação. Abolir a reflexão para evitar problemas e conclusões indesejáveis não é educar, mas um processo de produção em série, como

no fast-food. Estamos formando pessoas, não produzindo garrafas de Coca-Cola.

**HÁ FILMES DIRIGIDOS AO PÚBLICO INFANTO-JUVENIL QUE FAZEM APOLOGIA DE SEXO E VIOLÊNCIA. COMO OS PAIS DEVEM AGIR NESSAS SITUAÇÕES? PROIBIR?**

A simples proibição não é educativa. Além disso, o proibido acaba estimulando a procura "pirata" do assunto. Hoje, as opções são inúmeras, começando pela internet, o celular etc. Melhor do que estabelecer proibições é concorrer com filmes que transmitam valores. Quer dizer, enfrentar a concorrência com profissionalismo e competência. Isso requer, naturalmente, pensar, gastar tempo. Proibir é mais fácil, mais rápido, mas não funciona.

É preciso educar o paladar afetivo, com uma gastronomia saudável. Num dos meus livros, anoto uma lembrança significativa: em certa ocasião, um amigo me confidenciou que estava preocupado com os filhos, porque seus colegas de escola falavam com naturalidade sobre "o namorado da mãe" ou "a namorada do pai". O receio do meu amigo era que seus filhos pensassem que uma família como a deles fosse algo em extinção. Recomendou-me algo pouco convencional, ou pelo menos assim me pareceu no momento, mas confesso que foi a melhor ideia que me veio à cabeça: "Peça uma pizza, alugue um filme chamado 'Lado a Lado', e depois de assisti-lo, todos em família, escute-os". A película conta a história de uma adolescente de 12 anos e de um garoto de 7, filhos de pais separados, que não acatam a nova namorada de seu pai. Passados alguns dias, meu amigo me disse que a ideia funcionou.

**COMO VOCÊ ANALISA A FORMA COMO A RELIGIÃO É RETRATADA NO CINEMA?**

O tema é muito amplo e as posturas são variadíssimas. É impossível uma síntese sobre o tema. Mas gosto de analisar os casos concretos. Veja, por exemplo, aquele filme simples, de orçamento reduzidíssimo, "Homens e Deuses", sobre os monges que são martirizados na Argélia. Foi recorde de bilheteria, levou a Palma de Ouro em Cannes. Multidões assistindo aos dias finais de nove monges que celebram a Páscoa em silêncio, ao som do "Lago dos Cisnes". Algo que faz pensar que talvez não seja a religião que não se entenda com o cinema, mas que o modo de apresentá-la nem sempre é o mais adequado.

Mais informações sobre os livros e indicações de bons filmes estão no site <http://www.pablogonzalezblasco.com.br>

### **Conferências e atividades didáticas (Prof Dr Pablo González Blasco)**

\*"Educação Médica e Cinema", Conferência proferida no XX Curso de Capacitação para Voluntários em Saúde Mamária. Assembleia Legista do Estado de São Paulo, São Paulo, Abril de 2016.

"O Papel do Cinema no estímulo à humanização da Relação Médico Paciente". Conferência proferida no Simpósio Internacional de Oncologia e Oncogeriatrics, no Hospital do Coração (HCor), São Paulo, Agosto de 2016.

"Cinema e Medicina: Uma proposta de humanização na Educação Médica". Conferência proferida na Secretaria Estadual de Saúde do Estado de SP, São Paulo, Agosto de 2016.

### **Apresentação da Dr<sup>a</sup> Jaqueline Margonato Porfirio da Rocha Ferreira**

"Cuidados Paliativos": A Dana e a Morte. no anfiteatro de IBCC por ocasião do V Curso Introdutório da Liga de Oncologia São Camilo, Outubro de 2016.

## Participação em revistas de orientação em saúde para leigos

Prof Dr Marco Aurélio Janaudis

O maior guia de saúde do Brasil

# viva saúde

**ENFIM, FÉRIAS!**  
Os destinos que melhoram (ou pioram!) a saúde da família

**COMO LER E ENTENDER AS BULAS DOS REMÉDIOS**

O famoso suco verde só funciona com os ingredientes certos

## DIURÉTICOS NATURAIS

Novas bebidas detox capazes de diminuir o inchaço no corpo todo em dias de calor

**CANDIDÍASE DE NOVO**  
Quando ela não passa, é hora de rever a dieta

**AUTOAJUDA DÁ CERTO**  
Frases para deixar sua mente mais positiva

A guerra dos médicos contra o **ZIKA VÍRUS** e o perigo para as **GRÁVIDAS**

EDIÇÃO 153 - PREÇO R\$ 10,90

1530000000000

## SENTA QUE LÁ VEM HISTÓRIA!

Ler para as crianças é um hábito que deve ser criado desde os primeiros meses de gestação. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a leitura diária em voz alta no período que vai da gestação até os 6 anos de idade resulta em melhora da capacidade de aprendizado. É nessa época que 90% das conexões cerebrais são formadas. Além disso, o contato entre pais e filhos é fortalecido. "A criança que recebe atenção e estímulos de seus cuidadores se sente apta a pôr em marcha sua curiosidade de desbravar o mundo", fala Eduardo da Silva Vaz, presidente da SBP. Desde 2014, a Academia Americana de Pediatria também recomenda a leitura. Qual será o próximo livro?





### Médico de família

### Detectar sinais de depressão

Quando pensamos em pessoas deprimidas, nos vem à mente alguém triste e choroso. Entretanto, devemos lembrar que há muitos outros sintomas importantes: perda de interesse pelas atividades do dia a dia, apatia, irritabilidade, alterações do sono (dormir em excesso ou, o que é mais comum, dormir pouco) ou até uma atitude pessimista. Até alterações do apetite podem estar relacionadas. Por exemplo, aquele doce, que nunca mais teve o mesmo gosto. A vida se torna cinza e sem sabor. Um erro comum é acreditar que a depressão não passa de "frescura" ou ócio. Trata-se de uma doença grave, que já causou a morte de muitas pessoas e necessita de tratamento. Psicoterapia e exercícios físicos são importantes no tratamento, mas geralmente é necessário usar um antidepressivo e fazer visitas regulares ao médico. Se você vem se sentindo assim, fale sobre isso com seus familiares e seu médico. Peça ajuda.



**MARCO A. JANUÁRIO**  
é secretário-geral da Sociedade Brasileira de Medicina de Família

*O mosquito é uma boa opção para afastar os insetos. Escolha os com trama fina. Quanto ao repelente, evite seu uso em crianças com menos de dois meses de idade. Após esse tempo, confira a indicação nos rótulos*

JOSÉ GABRIEL, PEDIATRA (DF)

#### Livros de cabeceira

##### Formas de carinho

Em cada página o pequeno poderá sentir o toque especial da pele dos filhotes dos animais. *Meu Filhote* (Escala) ensina as crianças como é a relação entre pai e filho no reino animal. À venda por **R\$ 29,80**



##### Meu box de 300 ATIVIDADES COM 300 ADESIVOS

Sem faltar diversão. Em *Meu Box de Atividades* (Lafont), a criança se sente incentivada a aprender de maneira divertida e interativa. São três pequenos livros com 300 adesivos, resoluções de problemas, exercícios de escrita e muitas outras atividades. À venda por **R\$ 39,90**



##### Para a hora de dormir

*A Caminhada* (Coquetel) é um livro de história para crianças que também ensina os adultos a contarem a história de forma que o pequeno relaxe e durma com facilidade e tranquilidade. À venda por **R\$ 14,90**



WWW.REVISTAVIVASAUDE.COM.BR

## REVISTA VIVA SAÚDE 2016

**Janeiro** - Detectar sinais de depressão

**Fevereiro** - Cuidado com a pele

**Março** - Fator aede egypti

**Abril** - Controle a glicemia

**Mai** - De olho nas viroses

**Junho** - De olho nas viroses

**Julho** - Fale de hemorróidas

**Agosto** - Estou tão esquecido

**Setembro** - Estresse do cuidador  
**Outubro** - Faça o curativo  
**Novembro** - Dor de garganta sem antibiótico  
**Dezembro** - Medicamentos manipulados

---

## **Coluna “Viva mais e melhor 2016”: O ESTADO DE SÃO PAULO**



Dicas para viver melhor e se possível por mais tempo  
<http://vida-estilo.estadao.com.br/blogs/viva-mais-e-melhor/>

### **Janeiro 2016**

Alimentação Equilibrada – 26/01/2016  
Dieta – 19/01/2016  
Alzheimer – 12/01/2016  
Cleide Lopes De Azevedo – 06/01/2016

### **Fevereiro 2016**

Alimentação Saudável – 29/02/2016  
Casa de Repouso – 22/02/2016  
Casamento - 15/02/2016  
Future Learn – 10/02/2016  
Emergência Para Idosos – 02/02/2016

### **Março 2016**

Alimentação Saudável – 29/03/2016  
Alimentação - 22/03/2016  
Convívio Social – 14/03/2016  
Boa Saúde – 08/03/2016

**Abril 2016**

Envelhecimento – 25/04/2016  
Envelhecimento – 18/04/2016  
Apetite Sexual – 11/04/2016  
Alimentação Saudável – 05/04/2016

**Mai 2016**

Minha casa, meu lar – 30/05/2016  
Clube Da Memória – 23/05/2016  
Filtro Solar – 16/05/2016  
Câncer – 10/05/2016  
Atividade Física – 02/05/2016

**Junho 2016**

Ataque Do Coração – 27/06/2016  
Alzheimer – 20/06/2016  
Congelamento – 13/06/2016  
Atividades Escolares – 07/06/2016

**Julho 2016**

Confusão - 25/07/2016  
Atividade Física - 19/07/2016  
Estresse – 11/07/2016  
Ansiedade – 05/07/2016

**Agosto 2016**

Alzheimer – 29/08/2016  
Envelhecimento – 22/08/2016  
Acima dos 60 anos - 15/08/2016  
Atleta -01/08/2016

**Setembro 2016**

Ansiedade – 26/09/2016  
Alimentação saudável – 19/09/2016  
Alzheimer – 12/09/2016

Depressão – 05/09/2016

**Outubro 2016**

Câncer - 07/10/2016

Câncer - 31/10/2016

Compartilhe A Vida - 25/10/2016

Alimentação Saudável – 17/10/2016

Câncer – 10/10/2016

Aprender Algo Novo- 04/10/2016

**Novembro 2016**

Alimentação Saudável – 30/11/2016

Alimentação equilibrada - 22/11/2016

Estágio -16/11/2016

Câncer – 07/11/2016

**Dezembro 2016**

Energia - 20/12/2016

Alegria no rosto - 13/12/2016

Aposentadoria - 05/12/2016

Alimentação saudável - 30/11/2016

## **Atividades assistenciais na prática médica**

A SOBAMFA, além de prestar atendimento em consultório na própria sede, mantém parcerias com outras instituições onde atua na assistência médica com seus profissionais em caráter ambulatorial e de enfermaria, propiciando ao mesmo tempo uma educação continuada aos seus participantes e estagiários.

Em 2016 deu continuidade a parceria principalmente com os Hospitais Santa Cruz e São Cristóvão, perfazendo um total de mais de 5000 visitas hospitalares em enfermaria, e cerca de 2000 atendimentos de pacientes ambulatoriais.

Também desenvolveu trabalhos junto ao Hospital 9 de Julho em caráter educacional e de orientação para uma melhor qualidade de vida junto a população. Deve-se acrescentar a este capítulo uma atividade cultural, desenvolvida junto ao grupo da Terceira Idade no Hospital 9 de Julho, onde mediante o uso da literatura se mantém um grupo de pacientes em dinâmica de grupo, denominado Clube de Leitura ou Tertúlia Literária, orientados por um médico.

PLASAC PLANO DE SAÚDE LTDA

02.716.508/0001-16

RUA SANTA CRUZ, 281 VL. MARIANA



**CLÍNICA MÉDICA - atendimentos diários a internados  
ATENDIMENTO MEDLAR - RESUMO 2016**

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	GERAL	média
Total de visitas	193	245	245	249	329	383	260	235	300	223	159	217	<b>3038</b>	253
Dias não inf.	4	4	2	4	0	0	4	3	8	11	19	11	<b>70</b>	6
Total pac. atendidos	35	45	54	48	61	62	51	44	63	39	43	50	<b>595</b>	50



**CLÍNICA MÉDICA - atendimentos ambulatorio  
ATENDIMENTO MEDLAR - RESUMO 2016**

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	GERAL	média
Pacientes atendidos	38	59	54	43	72	75	61	73	47	31	12	24	<b>589</b>	49
Pacientes faltou	4	1	5	3	5	8	5	4	1	3	2	3	<b>44</b>	4
Dias não inf.	8	7	8	10	7	8	9	9	14	14	18	18	<b>130</b>	11

ASSOCIAÇÃO DE BENEFICÊNCIA E FILANTROPIA SÃO CRISTÓVÃO 60.975.174/0003-63 RUA AMÉRICO VENTURA, 123 - ALTO DA MOOCA



**CLÍNICA MÉDICA - atendimentos diários a internados**  
**ATENDIMENTO MEDLAR - RESUMO 2016**

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	GERAL	Média
Total de visitas	215	119	151	122	224	319	264	169	183	218	85	200	<b>2269</b>	20
Dias não inf.	5	2	0	11	1	4	2	2	5	5	10	16	5	5
Total pac. atendidos	38	23	28	33	37	56	36	37	33	49	16	31	417	35
<b>PACIENTES - SMI</b>	38	23	28	33	37	56	36	37	33	38	16	31	406	34

Atendimentos diários - HOSPITAL (VIDE CONTROLE ACIMA)  
 Atendimentos diários - AMBULATORIO (SEM INFORMAÇÃO)

IMPAR SERVIÇOS HOSPITALARES S/A

60.884.855/0003-16

RUA PEIXOTO GOMIDE,625 BELA VISTA

<i>DESTINATÁRIO</i>	<i>DATA DA EMISSÃO</i>	<i>Nº DE PACIENTES</i>
HOSPITAL 9 DE JULHO - ATEND MÉDICO	13/01/2016	34
HOSPITAL 9 DE JULHO - ATEND MÉDICO	16/02/2016	55
HOSPITAL 9 DE JULHO - ATEND MÉDICO	15/03/2016	65
HOSPITAL 9 DE JULHO - ATEND MÉDICO	14/04/2016	55
HOSPITAL 9 DE JULHO - ATEND MÉDICO	17/05/2017	66
HOSPITAL 9 DE JULHO - ATEND MÉDICO	16/06/2016	44
HOSPITAL 9 DE JULHO - ATEND MÉDICO	14/07/2016	50
HOSPITAL 9 DE JULHO - ATEND MÉDICO	15/08/2016	36
HOSPITAL 9 DE JULHO - ATEND MÉDICO	14/09/2016	58
HOSPITAL 9 DE JULHO - ATEND MÉDICO	17/10/2016	53
HOSPITAL 9 DE JULHO - ATEND MÉDICO	17/11/2016	68
HOSPITAL 9 DE JULHO - ATEND MÉDICO	15/12/2016	47
HOSPITAL 9 DE JULHO - ATEND MÉDICO	13/01/2017	48

---

*Média mês***52**



HOSPITAL  
NOVE  
DE JULHO

Dr. Pablo González Blasco  
Dr. Marcelo Rozenfeld Levites

CLUBE DA LEITURA 2016  
TERTULIA LITERARIA

MÊS	LIVRO	
JANEIRO	MINHA ÁNTONIA	<i>Willa Carther</i>
FEVEREIRO	LUISITO - UMA HISTÓRIA DE AMOR	<i>Susanna Tamara</i>
MARÇO	MUITO ALÉM DO AMOR	<i>Dominique Lapierre</i>
ABRIL	SOBREVIVI PARA CONTAR	<i>Immaculé Ilibagiza</i>
MAIO	EUGENIA GRANDET	<i>Honore de Balzac</i>
JUNHO	ADEUS MR. CHIPS	<i>James Hilton</i>
JULHO	O IMPÉRIO É VOCÊ	<i>Javier Moro</i>
AGOSTO	NOVELAS EXEMPLARES	<i>Miguel de Cervantes</i>
SETEMBRO	UMA VIDA INTERROMPIDA	<i>Etty Hillesum</i>
OUTUBRO	GAROTOS À DERIVA, GAROTAS NO LIMITE	<i>Leonardo Sax</i>
NOVEMBRO	O DESPERTAR DA SENHORITA PRIM	<i>Natalia Sanmartin</i>
DEZEMBRO	Avaliação das reuniões da Tertúlia Literária	<i>Dr. Pablo</i>



## Premiação

Em dezembro de 2016, a caminho de comemorar o seu Jubileu de Prata, de fundação da SOBRAMFA, o Prof. Dr. Pablo González Blasco, recebeu na Espanha, por representatividade de suas sobrinhas, o Premio da Fundação Lilly, por seu trabalho de longos anos, junto a milhares de estudantes de medicina, promovendo a Medicina Humanística centrada na pessoa do paciente.



Carmen González Herrero e Mariluz Conejero González representam o Prof. Dr. Pablo González Blasco.

**Promoviendo la Educación Medica Centrada en  
el Paciente para los Estudiantes de Medicina:  
Una experiencia de dos décadas en Brasil**



**SOBRAMFA-** Educação Médica e Humanismo, que completa en 2017 veinticinco años de historia, viene promoviendo hace dos décadas la formación de estudiantes de medicina en la perspectiva de una Medicina Centrada en el Paciente.

Cfr: <http://sobramfa.com.br/esp/institucional/>

De entre las muchas actividades desarrolladas con estudiantes de medicina, cabe destacar dos principales, que son el objeto del presente trabajo que enviamos como respuesta a la convocatoria de Educación Médica que hemos recibido de la Fundación Lilly.

**A) Reuniones de Razonamiento Clínico (RRC):** en actividad desde 1999 (17 años). Son reuniones de periodicidad mensual (8 veces por año) donde un pequeño grupo de estudiantes de una determinada facultad presenta un caso clínico a un público compuesto por estudiantes de medicina de otras facultades. En la ciudad de Sao Paulo, donde SOBRAMFA tiene su domicilio y

centra sus actividades, hay 12 facultades de medicina diferentes y 40 en el Estado de São Paulo, algunas próximas de la capital, lo que permite que algunos de sus alumnos frecuenten las reuniones.

Asisten estudiantes de todos los años de carrera (desde el primero hasta el sexto) lo que permite una dinámica de discusión innovadora e interesante. Los médicos que coordinan la actividad, van dando voz, en primer lugar, a los alumnos de los primeros años (que saben menos teoría médica, pero conservan una visión general y ‘vocacional’ sobre el acto médico) para después ir complementando la información con alumnos de cursos superiores. Es notable ver como los más antiguos también aprenden con los comentarios de los más jóvenes, al tiempo que los novatos adquieren conocimientos que les llegan en lenguaje comprensible, de sus propios colegas con más experiencia. Los resultados muestran que el éxito de estas reuniones consiste en que un médico ayude al grupo de estudiantes a preparar el caso. Y después, durante la presentación, otro médico con más experiencia (uno de los profesores de SOBRAMFA) actúe de mediador dando voz a todos los que quieran intervenir en el público. La mayoría de los casos son reales, extraídos de la práctica de los alumnos de los años clínicos (tercero y cuarto). La integración de conocimientos que el alumno ya posee, o de los estudios de asignaturas básicas que está todavía cursando, resulta ampliado e iluminado por esta metodología que estimula al alumno a encontrar caminos de auto didactismo, buscar información y, en primer lugar, a mejorar su comunicación con el enfermo, pues es ahí donde reside la base de cualquier acción clínica eficaz.

En estos 17 años, más de 1000 estudiantes diferentes han pasado por las RRC. Algunos son actualmente médicos del cuerpo clínico de SOBRAMFA, y muchos otros mantienen contacto con nuestras actividades de Formación Continuada al tiempo que actúan en sus diversas especialidades y carreras académicas.

**B) Rotaciones para Estudiantes de Medicina.** Es una actividad eminentemente práctica donde el alumno acompaña durante

una o dos semanas (dependiendo de su disponibilidad) a los médicos de SOBRAMFA en sus escenarios de práctica clínica. (cfr- <http://sobramfa.com.br/estagio>). De este modo, la actuación en el hospital (clínica médica, cuidados paliativos, pacientes crónicos con múltiples molestias), los residenciales geriátricos, las visitas domiciliarias, y los ambulatorios de continuidad de cuidados permiten al alumno conocer e incorporar la perspectiva del hacer médico que tiene como principio básico una medicina centrada en la persona y no en la enfermedad. Ser médico es algo que se aprende en la práctica. La importancia del conocimiento teórico y científico conseguido en la facultad de Medicina no dispensa las vivencias que se adquieren en la práctica real de la medicina, en lo cotidiano de la acción médica. Como resultado del programa los alumnos obtienen motivaciones reales - ¡algo que han visto y vivido! - para aplicarse con mayor dedicación a los estudios en la universidad, al tiempo que ganan criterio para seleccionar, con auto didactismo, las informaciones que serán relevantes para su práctica médica futura.

El Programa de Rotaciones tiene más de 10 años de funcionamiento, ha recibido casi 200 alumnos de 40 facultades de medicina diferentes (en Brasil hay cerca de 280 facultades de medicina distribuidas por todo el territorio nacional). Este programa de rotaciones tiene su equivalente internacional para alumnos extra.

