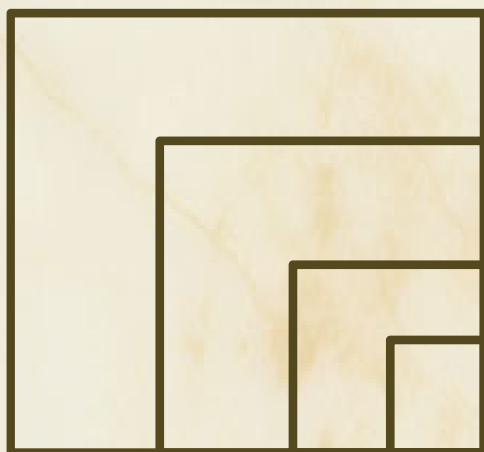


ADRIANA FERNANDA TAMASSIA RONCOLETTA

Ecologia médica: uma reavaliação na realidade brasileira, 2010

**Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências
Programa de: Educação e Saúde
Orientador: Prof. Dr. Paulo Andrade
Lotufo**



**São Paulo
2010**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ADRIANA FERNANDA TAMASSIA RONCOLETTA

**Ecologia médica: uma reavaliação na realidade
brasileira, 2010**

Tese de Doutorado apresentada à
Faculdade de Medicina da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de
doutor em Ciências

Programa de: Educação e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Paulo Andrade Lotufo

São Paulo

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Roncoletta, Adriana Fernanda Tamassia


Ecologia médica : uma reavaliação na realidade brasileira, 2010 / Adriana
Fernanda Tamassia Roncoletta. -- São Paulo, 2010.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Ciências Médicas. Área de concentração: Educação e Saúde.

Orientador: Paulo Andrade Lotufo.

Descritores: 1.Educação médica 2.Serviços de saúde 3.Hospitais
universitários 4.Sinais e sintomas 5.Atenção primária 6.Medicina de família

USP/FM/DBD-289/10



*Dedico esta tese aos meus dois filhos que perdi,
pequeninhos antes de nascerem... E ao vô Juca e à vô
Genny, que estão ao seu lado, lembrando sempre da nossa
capacidade de amar incondicionalmente*

Agradecimentos

Agradecimento: tarefa das mais importantes, que sempre traz o medo de cometer alguma injustiça por esquecer de alguém. É necessário e imprescindível agradecer o suporte que recebi das pessoas que estão hoje ao meu redor e sem as quais eu não seria capaz de terminar este trabalho.

Em primeiro lugar, minha família, começando pelo Vi, “amor da minha vida”, que soube compreender o tempo necessário para eu me dedicar a esta tese; sem dúvida, muito obrigada por seu apoio. Ao meu pai, Marcos, que foi e será sempre o meu “ídolo”, em quem em me espelho, e a minha mãe, Amélia, por seu suporte incondicional e por lembrar sempre de manter a família em primeiro lugar. As minhas irmãs, Juliana, Viviana e Tatiana, pelo carinho de sempre, cada uma de sua forma e maneira diferente de ser: a serenidade da Ju, a proatividade da Vivi e o carinho da Tati completando a sustentação que a família nos proporciona, sem deixar de contar com o apoio da vó Tiana, do cunhado Bio, dos tios, primos e toda a família grande da qual eu tenho tanto orgulho.

Ao meu orientador Paulo Andrade Lotufo, – agradeço por manter os meus sonhos e torná-los possíveis e concretos, com otimismo e competência. Uma pessoa admirável que possui uma habilidade ímpar em simplificar o que parece, e na verdade é, muito

complicado; certamente um dos melhores frutos deste trabalho já foi concretizado, por ter me dado a oportunidade de conhecê-lo.

Agradeço a todos os amigos da “família” SOBRAMFA: Marcelo, Graziela, Marco, Cauê, Thais, Dora, Deborah, Erika e Danielle por estarem sempre levantando a “bandeira” de construirmos uma medicina melhor. Em especial, ao Professor Pablo, por ser o grande incentivador dos nossos sonhos.

A todo o *staff* da SOBRAMFA: Renata, Adalis, Elvis, D. Zezé, D. Gildete, Marcella, Himena, Fernando, Flávio, Osnir, Agenor, S. Nilton, Maria de Lourdes, Donizete, que cuidam de nós para que possamos cuidar dos outros.

Aos meus pacientes, que motivaram e alimentam a minha vocação de ser médica; sem eles, nada disto teria sentido.

Aos meus alunos, que são “fonte inspiradora” e combustível para manter os ideais. São os meus pacientes e alunos que me tornam diariamente uma pessoa melhor, porque enquanto estou cuidando deles, ensinando e tentando melhorá-los, a pessoa mais beneficiada com isto, certamente sou eu. Ao tentar “consertar” os outros, estamos, na verdade, consertando a nós mesmos.

Agradeço ao Barone, que também contribuiu para a elaboração desta tese.

Agradeço a Deus, por ter colocado todas estas pessoas ao meu lado.

Normalização Adotada

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

1. Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).
2. Universidade de São Paulo (USP). Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria Fazanelli Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.
3. Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed for MedLine 2008* (disponível em <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>).

Sumário

Lista de Figuras

Lista de Tabelas

Resumo

Summary

Motivações

1. Introdução.....	1
1.1 Evolução Histórica da Educação Médica.....	1
1.2 Tentativas de Mudanças Mundiais.....	9
1.3 Panorama da Educação Médica Brasileira.....	13
1.4 Ferramentas para Colaborar com Tais Mudanças.....	17
2. Objetivos Gerais.....	24
2.1 Objetivos Primários.....	24
2.2 Objetivos Secundários.....	24
3. Métodos.....	25
3.1 População Estudada.....	25
3.2. Coleta de Dados.....	26
4. Resultados.....	31
5. Discussão.....	54
5.1 A Ecologia no Cuidado Médico: semelhanças e diferenças.....	54
5.2 Os Cenários de Prática: a necessidade de incorporar continuidade.....	67

5.3 O Equilíbrio Necessário: hospitais universitários e ambulatórios.....	72
5.4 O Que Ensinamos? Abordagem dos Sintomas Prevalentes na Formação do Estudante: o mundo do paciente.....	78
5.5 O Mundo do Paciente: <i>illness X disease</i>	84
5.6 Abordagem dos Sintomas Inespecíficos.....	95
5.7 <i>Watchfull Waiting</i> – Espera Atenta.....	100
5.8 O Ensino Médico no Brasil: como vamos mudar.....	104
5.9 Quem Ensina? Os Professores: ferramenta essencial para mostrar aos estudantes o que é necessário aprender.....	106
5.10 Ensino de especialista x generalista.....	111
5.11. Ensino pelo exemplo: <i>role model</i>	121
5.12 Oportunidade de Integrar Conhecimento.....	124
5.13 Pesquisas Atentas às Necessidades das Pessoas.....	126
5.14 Modelo da Ecologia Médica.....	130
5.15 Os Caminhos que Buscam Harmonia.....	136
5.16 Limitações do Estudo.....	138
6. Conclusão.....	140
7.Anexos.....	142
Anexo1. <i>Script</i> para realização das entrevistas telefônicas	142
Anexo2.Questionário Utilizado.....	144

Anexo3. Tabelas e gráficos complementares	147
8.Referências Bibliográficas.....	152

Lista de Figuras

Figura 1. Resultados da ecologia no cuidado médico proposta por K. White em 1961.	20
Figura 2. Resultados da ecologia no cuidado médico proposta por Green em 2001.	21
Figura 3. Resultados da ecologia no cuidado médico proposta por Leung et al. em 2005.	22
Figura 4. Entrevistas realizadas.	29
Figura 5. Distribuição de frequência das idades.	30
Figura 6. Frequência (‰) de sintomas e procuras por serviços na amostra de 1.065 participantes maiores de 18 anos de idade.	33
Figura 7. Frequência (‰) de sintomas e procuras por serviço na amostra de 310 homens maiores de 18 anos de idade.	33
Figura 8. Frequência (‰) de sintomas e procuras por serviço na amostra de 755 mulheres maiores de 18 anos de idade.	34
Figura 9. Comparação dos resultados com a ecologia médica de Green	50
Figura 10. A pizza de McWhinney: experiência do professor generalista e o professor especialista.	112
Figura 11. Internações em estabelecimentos de saúde por 100 habitantes, segundo as Regiões. Brasil – 1999/2005.	151

Figura 12. Internações em estabelecimentos de saúde, por 100 habitantes, segundo as Unidades da Federação. Brasil – 1999/2005.

151

Lista de Tabelas

Tabela 1. Síntese histórica do desenvolvimento da medicina e da educação médica (modificado de Facchini et al., 1998)	8
Tabela 2. Principais objetivos e características dos projetos de incentivos a mudanças na educação médica no Brasil 2001 – 2005	16
Tabela 3. Participantes (1.065) separados por idade categorizada e gênero	30
Tabela 4. Distribuição por sexo e faixa etária a procura por services de saúde	32
Tabela 5. Queixas encontradas com mais prevalência, separadas pelos grupos por ordem de frequência (1 a 35)	35
Tabela 6. Descrição das queixas inespecíficas, grupo chamado de miscelânea.	43
Tabela 7. Frequência das queixas encontradas (somando todas as queixas relatadas no período de 30 dias)	45
Tabela 8. Frequência das especialidades médicas procuradas nas consultas ambulatoriais	47
Tabela 9. Comparação entre os estudos de ecologia no cuidado medico	49
Tabela 10. Livros tradicionais de medicina e a abordagem de sintomas prevalentes (número de páginas)	51

Tabela 11. Número de artigos listados no MedLine com os MeSH “primary care” ou “family practice” ou “family medicine” ou “primary health care” no título ou <i>abstract</i> em 4 <i>journals</i>	53
Tabela 12. Taxa de cobertura dos planos de saúde. Assistência médica por ano segundo a Região/UF	147
Tabela 13. Internações, no ano de 2004, em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa, segundo as Regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas e Municípios das Capitais. Brasil – 2005	149

Resumo

Ecologia Médica”: uma reavaliação na realidade brasileira, 2010.

Introdução – A educação médica sofreu transformações ao longo do século XX. Alguns educadores médicos já reconheceram o problema do modelo centrado na doença e focado em condições não usuais de pacientes hospitalizados e a carência do ensino sobre problemas comuns de saúde. O termo “ecologia do cuidado médico” é como se conhece a relação entre as pessoas e os cenários de saúde. Esse conceito foi introduzido em 1961 por K. White (e atualizado por Green em 2001), que mostrou graficamente a proporção de pessoas que utilizaram serviços de saúde no período de um mês. Esses resultados influenciaram organizações do sistema de saúde, pesquisa científica e educação médica ao longo dos anos. **Objetivos** – Reavaliar a “ecologia médica”, agora na população brasileira, identificando, no período de um mês, o número de pessoas que apresentaram sintomas, qual atitude tomaram em relação a eles e comparar as queixas apresentadas com o conteúdo dos livros tradicionais de clínica médica. **Métodos** – Entrevistas telefônicas realizadas por auxiliares de enfermagem a 1.065 participantes consecutivos de uma empresa de convênio médico no período de maio de 2008 a fevereiro de 2009 em São Paulo. **Resultados** – Dos entrevistados, 70% eram mulheres e a idade média foi de 68 anos. No período de 30 dias, em 1.000 pessoas: 398 apresentaram algum sintoma; a maioria (292)

procurou consulta ambulatorial; 99 buscaram resolver a queixa no pronto-socorro; 59 foram internadas e 1 foi internada em um hospital universitário. Os sintomas mais encontrados foram: dor em extremidades (10%), mal-estar (10%), lombalgia (8%), cefaleia (6%) e dor articular (6%). Foram 5 livros selecionados; Harrinson, Cecil, Current e Tratado de Clínica Médica AC Lopes e Clínica Médica Milton Arruda e colaboradores, um dos sintomas mais frequentes, como lombalgia, é abordado em 4 a 13 páginas, dor em membros em 0 a 4 páginas e fadiga/mal-estar são discutidos em 2 a 4 páginas dentre todo o conteúdo desses livros. Os sintomas inespecíficos não foram abordados nesses livros. **Discussão** – O cenário que as pessoas procuram com maior frequência é o ambulatorial e também o pronto-atendimento. A internação em um hospital universitário ocorreu para 1 em 1.000 participantes. Os sintomas encontrados foram abordados muito pouco nos livros consagrados de medicina. O ensino do estudante de medicina hoje, na maioria das universidades, não guarda correlação direta com o perfil epidemiológico da população, sendo necessário formar melhor os estudantes de medicina para manejarem as doenças dos pacientes nos locais de atendimento em que futuramente prestarão serviços.

Descritores: educação médica, serviços de saúde, hospitais universitários, sinais e sintomas, atenção primária e medicina de família.

Summary

“The Ecology of Medical Care 2010”: in Brazilian’s scenarios.

Background – Medical education has gone through several transitions during the twentieth century, and medical educators recognize the problems inherent to hospital-centered learning: treating rare conditions and involving medical subspecialties very frequently resulting in lack of continuity care. Today, we talk about fragmentation of medical education for both students and patients. This goes far from meeting the real needs of the general population. The expression “medical ecology” is a conceptual framework to describe the relationship and utilization of medical care by a given population. Introduced by White in 1961 (updated by Green in 2001), the results of these studies have had great impact and influenced ideas regarding organization of health services, research and education. **Objectives** – To analyze the ecology of medical care in a Brazilian population. First, we have aimed to quantify the number of people who demonstrated symptoms in a previous month and considered seeking health care in any one of the following settings: patient does not seek medical care; a physician’s office; office of complementary/alternative medicine professional; emergency department; patient’s home; hospital and university hospital. We have also compared the prevalence of reported symptoms with number of pages of traditional textbooks that discussed these symptoms. **Design and Participants** – The survey was based on

telephone interviews in a health insurance company of São Paulo from may/2008 to feb/2009 **Results** – Patients responding (1.065) included 70% women with a mean age of 68 years old; 398 people felt some symptoms in a month; 292 people were in a consultation; 99 have visited an emergency room; 59 were hospitalized and 1 per thousand was admitted in a university hospital. The most prevalent symptoms were: pain in extremities (10%), fatigue (10%), back pain (8%), headache (6%), and joint pain (6%). They are not discussed enough in medical graduation. 5 books were analyzed: Harrinson, Cecil, Current, Tratado de Clínica Médica AC Lopes and Clinica Médica Milton Arruda et al. One of the most prevalent symptoms such as back pain is covered in 4 to 13 pages, joint pain in 0 to 4 pages, and fatigue corresponded to 2 to 4 pages, medically unexplained symptoms weren't found. **Discussion** – The services people have sought most frequently were ambulatory settings, followed by emergency rooms. Admission to a teaching hospital occurred for one participant in 1,000. The symptoms observed were little discussed in medicine textbooks. The teaching of medical students today in most universities has no direct correlation with the epidemiological profile of the population, being necessary to train medical students to manage the illness of patients in scenarios where they will serve in the future.

Descriptors: medical education, health services, hospital university, signs and symptoms, primary care, family medicine

Motivações

A motivação deste trabalho está entrelaçada com a minha

trajetória profissional. Inicialmente, busquei encontrar a minha vocação em ser médica. Quem eu sou e o que eu quero? A medicina sempre foi um desafio, um desafio em cuidar de pessoas, mas a descoberta da identidade profissional somente aconteceu após o contato com o paciente. Responder a estas duas simples perguntas – quem eu sou e o que eu quero –, citadas no artigo *The Questioning Machine* do professor Stephen P. Bogdewic¹, foram os grandes objetivos dos primeiros anos da faculdade de medicina. Não tinha claro o “chamado” em ser médica, mas tinha claro que eu precisava encontrar tais respostas. E foi em busca delas que eu segui a faculdade de medicina.

O contato com o paciente foi o despertador deste chamado vocacional, e foi direcionado principalmente por um projeto extracurricular – que me fez “sentir médica pela primeira vez”. Esse projeto, chamado PRAMEF XXI – Ambulatório Acadêmico de Medicina de Família, projeto finalista do Prêmio Saúde Brasil*, tinha o objetivo de atender pacientes carentes com continuidade e foco educacional.

* Premio Saúde Brasil 2000 – Concurso Nacional para Estudantes Universitários de Medicina sobre Trabalhos Socialmente Responsáveis com Interação com a Comunidade. www.saudebrasilnet.com.br/premios/saude/premio2/saudebrasil.asp.

O projeto foi realizado e organizado por estudantes de diversas faculdades; havia também voluntários que participavam no *after hours*, tudo supervisionado pelo Dr. Pablo Gonzáles Blasco. O resultado disso e o que eu aprendia era o desafio de construir uma clínica de atendimento, um vínculo com meus pacientes, com continuidade de atendimento, atenção primária, humanismo e trabalho em equipe, o que vem a desenvolver a sensação gostosa de ser médica.

Mesmo com a vocação clara e definida em ser médica e ajudar as pessoas, surgiram diversas dificuldades nesse percurso, muitas vezes por não saber se estava acertando ou errando, aprendendo ou desaprendendo, me tornando uma boa médica ou uma pessoa fria.

Faltavam exemplos e modelos universitários nos quais eu pudesse me espelhar e fazer uma medicina que eu sonhava. Quem me influenciou na escolha e sempre se preocupou com o meu aprendizado foi o Dr. Pablo, ao qual chamamos, desde esta época até hoje, de “Professor”. Professor porque cabe nele muito bem o significado da palavra. Fizemos um pacto com nossos colegas, que somente chamaríamos de professor aquele que se comportasse e se dedicasse como tal, e durante a minha formação médica, foi ao Pablo que demos este carinhoso título. E, felizmente, até hoje o utilizamos carinhosamente.

Este *role model*, isto é, exemplo a ser seguido, continuou ao longo dos anos e se perpetua até hoje, por meio das reuniões no pós-

aula, troca de e-mails diários, conversas informais, vendo pacientes em conjunto, seguindo realmente o modelo das corporações de ofício: o mestre ensinando, lado a lado, o aprendiz. No terceiro ano da faculdade, deixei bem claro: é a medicina que você faz que me interessa, porque acredito que não deva existir outra!

E este caminho vem sendo trilhado pela Medicina de Família. Desde a minha graduação, participo da SOBRAMFA – Sociedade Brasileira de Medicina de Família. Comecei fazendo os patês para os congressos científicos, auxiliando nas pautas das reuniões do atual Secretário Geral da SOBRAMFA, Marco Aurelio, sempre sonhando em conjunto com Marcelo Levites, descobrindo a vocação de ser professora, mesmo inicialmente a contragosto, com a Graziela.

O caminho com a SOBRAMFA proporcionou o aprendizado em habilidades: humanização, liderança, atenção primária. Organizamos diversos congressos, jornadas, aulas, ligas de medicina de família, tudo o que estava em volta de uma medicina melhor; estávamos juntos nesta empreitada. Ainda estudantes de medicina, fomos conhecer outros países. Em 2000, fomos para Denver e tivemos uma surpresa: “*A thousand family physician enthusiastic together... it’s a dream to be here*”. Foi esta a frase do Marcelo que marcou nossa primeira viagem, apresentando um trabalho ainda no 5º ano da faculdade de medicina.

Utilizamos diversas ferramentas educacionais para buscar reflexão: Cinema, Arte, Literatura. O objetivo sempre foi amplo,

embora definido. Tornar o médico um ser humano mais completo nunca foi fácil. Sempre buscamos maneiras de melhor entender os nossos pacientes e a nós mesmos.

E foi esta medicina, que transformou a nossa prática diária tanto no âmbito profissional como no âmbito pessoal, que eu incorporei em minhas reflexões diárias. Uma reflexão que nos transforma por acreditar em um sonho. Como costumamos dizer sempre: *Dived no more!*

As crises durante a formação médica foram frequentes. Aprendizado restrito a hospitais, tratamento das raridades, valorização de subespecialidades, falta de continuidade. Como saber se estou fazendo o certo com os pacientes? Eu nunca os vejo duas vezes? O que eu faço para continuar com a medicina que eu sempre idealizei?

Corríamos de uma disciplina para outra para tentar saber se o nosso paciente tinha melhorado. Lembro-me de uma paciente que eu atendi no 5º ano da faculdade de medicina; ela me pediu o telefone do “meu consultório” para agendar uma consulta para que eu pudesse continuar tratando dela.

Após o término da graduação, ainda existia o compromisso com o desenvolvimento da especialidade Medicina de Família: a construção cotidiana em equipe, buscando, nesse momento, a sustentabilidade da Medicina de Família. Como vamos nos sustentar e criar sucessores com esta medicina que sonhamos? A dúvida era:

como vamos “pagar nossas contas” seguindo esta escolha profissional?

Quando me formei, não se falava em medicina de família como especialidade, não existia residência. Prestei pediatria e, quando participei do processo seletivo no Instituto da Criança, durante a entrevista (o que, depois, vi que me favoreceu para ser aceita), ficou claro o motivo de buscar pediatria: “estou aqui porque as crianças ainda têm médicos”. Quando se pergunta a uma criança quem é o seu médico, a resposta é clara. Já os adultos, estes não têm mais médicos. A minha opção profissional é ser médica de alguém, não médica de algo!

Pelo pioneirismo, sempre nos coube a responsabilidade da construir modelos de atuação clínica sustentável, desenvolvimento de metodologia de ensino e cuidado centrado no paciente (*patient centered medicine*), resolutividade em atendimento e, principalmente, manter uma equipe de trabalho unida. O que continuamos fazendo em nossa rotina de trabalho diariamente, sustentando nossas famílias com a escolha desta profissão, tornando o sonho possível e um idealismo prático e replicável.

Qual a contribuição que eu gostaria de deixar? Qual o porquê do Doutorado?

A resposta não é simples e única. Porque é necessário formar novos médicos de família e estes devem ser formados durante a graduação; porque é necessário retribuir, por meio de pesquisa, tudo

o que eu recebi durante a minha formação, além de me aperfeiçoar como professora.

É necessário ensinar Medicina de Família com paixão e vocação durante a graduação médica, para que outros estudantes possam seguir o mesmo percurso ou caminhos semelhantes ao que eu escolhi. Desse modo, quando houver mais médicos bem formados, independentemente da especialidade, mas que possuam o conhecimento das habilidades que a Medicina de Família possui, isto certamente beneficiará os seus futuros pacientes e, desta forma, contribuiremos para a saúde das pessoas que estão ao nosso lado.

O doutorado é para que este título sedimente a responsabilidade e o compromisso de estar sempre contribuindo para uma melhor formação dos estudantes de medicina



Introdução

1. Introdução

 descompasso entre a estrutura formal de educação e as

demandas da sociedade – seja na economia ou no bem-estar social – remonta ao processo educativo. No entanto, a diferença entre o conteúdo ofertado nos cursos médicos e as necessidades das pessoas tem sido constantemente abordada e torna-se base para mudanças curriculares. Essa contradição entre o aparelho formador e o mercado consumidor pode ser creditada a inúmeras razões, nenhuma delas suficientes, como: a falha de adequação dos cenários de treinamento nas faculdades de medicina, a valorização do aprendizado de casos de prevalência rara, a preocupação excessiva com diagnósticos “concretos e objetivos” e, principalmente, o esquecimento da “arte médica” em detrimento do desenvolvimento tecnológico.

1.1 Evolução Histórica da Educação Médica

Essa característica atual da medicina – o desequilíbrio entre ciência e arte ou também desequilíbrio entre curar e cuidar –, não é nenhuma novidade ou tema atual. Crookshank² escreveu, em 1926, que o desenvolvimento dos diagnósticos era dividido em duas escolas

de pensamentos: a Natural ou descritiva e a Convencional ou acadêmica. A escola Natural preocupa-se com o organismo e as doenças, atentando para o indivíduo em todas as suas dimensões, inclusive as mais personalizadas. A escola Convencional preocupa-se com órgãos e doenças e com a classificação e a nomeação das doenças, independentemente do paciente. A tensão entre essas duas escolas de pensamento na era da Medicina foi demonstrada pelas escolas gregas Cos (natural) e Cnidus (convencional). Trata-se de duas grandes e excelentes doutrinas que permaneceram rivais durante séculos.

Cada uma dessas escolas de pensamento possuía uma teoria diferente sobre as doenças. Cos defendia que a essência única de todas as doenças depende do indivíduo e dos fatores ambientais. Cnidus preocupa-se com a diversidade das doenças e a distinção entre elas. A proposta do diagnóstico de Cos é descritiva e depende do estado do paciente. Hipócrates, que é da Escola de Cos, exemplifica este pensamento com o seguinte relato:³

o que era comum a todos era específico para cada caso, para cada paciente, para cada médico e para cada prescrição; à constituição epidêmica em geral e em seu humor local; aos hábitos de vida e de ocupação de cada paciente; a sua velocidade, condução, silêncios, pensamentos, sono, vigília, sonhos e – o seu conteúdo e incidência, a suas colheitas e arranhões, lágrimas, fezes, urina, saliva e vômito; para precoces e tardias formas de doença na mesma prevalência; determinações crítico ou fatal, suor, frio, o rigor, soluços,

espirros, respiração, arrotos, a passagem do vento, silenciosamente ou com ruído; de hemorragias e...

First Epidemics - Hipócrates

Em Cnidus, a proposta do diagnóstico era classificar as doenças dos pacientes; para eles, as doenças tinham uma realidade independente do paciente.

Sabe-se sobre estas duas doutrinas e as fortalezas e fraquezas de cada uma delas. Fundamental seria um equilíbrio entre elas, o que, infelizmente, ainda não foi possível conseguir, mesmo depois de tantos séculos.

Os pacientes apontam falhas na medicina atual, como a fragmentação dos serviços, a falta de uma relação pessoal entre médico e paciente, a ausência de coordenação e priorização de cuidados e a necessidade de consultar diversos médicos para tratar problemas do cotidiano.⁴ Muitos desses aspectos apontados foram deixados de lado no ensino médico, fato que pode ser observado na própria evolução histórica da educação médica.

A ciência, incluindo a medicina, tomou um caminho distinto para avaliar a natureza desde Descartes e o Renascimento. Esse caminho, que pode ser descrito como “dividir para conquistar”, parte do princípio de que problemas complexos são resolvidos dividindo-os em partes menores e mais simples, reduzindo-os a unidades. Esse processo de interpretação e análise do mundo natural, que ganhou o nome de reducionismo, é constitutivo do processo científico. Na

obtenção de resposta a questionamentos científicos (a *research question*), a metodologia científica, ao limitar e circunscrever situações e amostras, tem revelado sucesso, seja nas ciências biológicas ou nas humanas. O ponto a ser discutido não é a crítica ao pensamento científico, mas sim a translação à prática da medicina, afetando a maneira como são feitos diagnóstico, tratamento e prevenção, assim como determina a maneira de se formar médicos. Afinal, ao procurar o médico, o paciente é um todo indivisível, onde não se podem limitar as variáveis em estudo – como no processo científico – mas considerá-las, todas ao mesmo tempo.^{5,6}

Nos Estados Unidos e no Canadá, a história da Medicina foi inicialmente permeada pelos princípios generalistas, mantendo o conceito do cuidado ao paciente “indivisível”. O processo de educação médica era estabelecido de modo rudimentar, pois, até a Primeira Guerra Mundial, não existiam colégios formais de ensino médico; muitos estudantes eram treinados por outros médicos que os acompanhavam em sua prática clínica.

Com a Revolução Industrial, o aumento demográfico e a centralização em grandes cidades, a relação médico-paciente se alterou, pois aquele médico que ia à casa do paciente deixou de existir, passando, então, o paciente a ir até o médico. Foi com este modelo que a Universidade Johns Hopkins iniciou o sistema de residentes para o treinamento médico. Terminada a graduação, os

estudantes de medicina aprendiam no próprio hospital, por “viverem dentro do hospital”; surgiu assim o termo residente.⁷

Um marco na educação médica foi a publicação, há quase um século, do relatório de Flexner. No início dos anos de 1900, uma época que o ensino médico nos Estados Unidos e no Canadá era marcado pela falta de qualidade e por abordagens não científicas, o documento de Flexner propunha trazer os valores científicos das ciências naturais para a prática de ensino médico.⁸

A história da educação médica do século XX enfatiza a procura da excelência, buscando atingir, por meio da especialização, um nível de comprovação científica do ato médico que produz um círculo progressivo e quase ininterrupto para alcançar um nível de certeza de qualquer ação, seja diagnóstica ou terapêutica. Tornou-se mais seguro permanecer instalado nesse nível do que se aventurar por novos caminhos, que, por serem desconhecidos no ambiente acadêmico, poderiam piorar a qualidade do profissional a ser formado. O conhecimento foi dividido em áreas, a fim de garantir a competência do ensino médico. Então, a fragmentação do saber instalou-se como fragmentação também da relação médico-paciente. Naturalmente, o paciente foi atingido nessa tentativa de divisão da ciência médica.

Apesar das melhorias inegáveis no campo científico proporcionadas por esse documento, nas faculdades de medicina, acabaram se perdendo possibilidades de desenvolvimento em outras

áreas. O próprio Abraham Flexner, 15 anos após a publicação do seu relatório, comentou que o currículo médico estava saturado de cientificismo e tinha abandonado aspectos humanos e sociais. Em 1925, escreveu: “a ciência médica na América – jovem, vigorosa, positivista – é hoje deficiente em *background* cultural e filosófico”.^{9,10}

No processo de aprendizado médico, Stanley Reiser, em seu livro *Medicine and the Reign of Technology*, cita que, desde o século XIX, o diálogo entre médico e paciente era o principal meio de aprender sobre as doenças. O aumento da tecnologia tem permitido à medicina e à educação médica atentar-se exaustivamente ao conhecimento objetivo. Associado a essa expansão da ciência médica, observa-se também um declínio da arte médica.¹¹

É impossível não valorar a evolução da medicina no campo das doenças pontuais, como infecções agudas e cirurgias corretivas, todavia, muitos outros pontos não evoluíram com a mesma intensidade. Em questões complexas, como pacientes com múltiplas doenças crônicas e queixas indiferenciadas, a medicina não encontrou um referencial científico sólido e, como decorrência, não há uma forma de adaptar o ensino à demanda atual decorrente do perfil demográfico e epidemiológico.¹²

Buscar novos caminhos para o ensino implica perguntar quais são as diferenças de abordagem, manejo, diagnóstico e tratamento que uma perspectiva não reducionista oferece. A maneira de pensar, diagnosticar (ou não diagnosticar), tratar e ensinar medicina exige

uma nova abordagem. Como Gayle Stephen comenta no livro *Intellectual Bases of Family Medicine*¹³, é necessário um campo de conhecimento que se dedique a identificar um modo de lidar com este manejo e fazer disso uma nova ciência.

Há excesso de preocupações com a categorização das doenças dos pacientes e esquece-se de como são fundamentais o entendimento e o manejo da doença personalizada em uma pessoa doente.¹⁴ A despersonalização da medicina, de certa forma, deixa de lado o que não se compreende fisiologicamente, como se o entendimento dos sintomas e do que realmente está incomodando o paciente não fosse da área do médico.

A Tabela 1, modificada de Facchini et al. (1998), mostra um resumo esquemático apresentando o desenvolvimento da medicina e da educação médica ao longo da história. Contudo, até atingir um grau de civilização em que pôde produzir documentos escritos (pré-história), a humanidade viveu muitos milênios em que seguramente foi acumulando experiência e conceitos acerca da saúde e da doença, diferentes conforme os lugares e os povos e, por isso, é difícil traçar um quadro geral, aplicável à toda a humanidade, do modo de pensar e de viver das populações, ao longo do tempo.¹⁵

Tabela 1. Síntese histórica do desenvolvimento da medicina e da educação médica (modificado de Facchini et al., 1998)¹⁵

História	Medicina	Educação Médica
Da Origem/ Pré-história / Antiguidade (10.000 a.C.)	Medicina instintiva, empírica, primitiva e pré-técnica. Medicina dos povos selvagens. Base mágico-religiosa	-Ensino pela imitação, empírico-individual, familiar ou hereditário articulado às práticas religiosas, mágicas ou espirituais.
Antiguidade / Clássica Grécia (séc.IV a.C.)	Medicina técnica, de base científica Base racional - a natureza (physis) como fundamento	- Primeira escola de medicina visando à formação técnica (científica) do médico. - Medicina classificatória das espécies patológicas, forte marco nas ciências naturais
Idade Média	Subordinação da medicina racional à base religiosa	-Redução do ensino ao acompanhamento de médicos -Saber erudito restrito aos mosteiros
Renascimento (1500)	Recuperação da primazia da razão sobre a emoção	-Fundação das primeiras universidades - espaços de proteção do saber
Barroco, Iluminismo (1700)	Medicina técnica e do espaço social (nascimento da medicina social)	-Normalização da prática médica -Fundação das primeiras escolas de medicina -França ?
Século XIX (1800)	Medicina científica (nascimento da clínica moderna) Re-significação do conhecimento e prática institucional	-Difusão do ensino médico centrado no hospital -Fundamentação anátomo-clínica como base da formação médica
Século XX (1900)	Ampliação da base tecnológica e conceitual do saber médico e fragmentação de sua prática	-Multiplicação das escolas médicas -Reforma Flexner - deslocamento da primazia do raciocínio clínico sobre a tecnologia -a taylorização do ensino é espelho da nova prática médica
Século XXI – (2000)	Racionalização dos recursos disponíveis. Reestruturação do Estado e das demandas sociais no mundo globalizado. Reforma dos sistemas de saúde. Recuperação da primazia da clínica sobre a tecnologia. Ênfase no trabalho em equipes multiprofissionais	-Reestruturação pedagógica e institucional das escolas médicas -Articulação horizontal dos saberes especializados na estrutura curricular e no ensino da semiologia -Integração docente-assistencial e ensino-pesquisa Incursões para o estabelecimento de transdisciplinaridades e de intersetorialidades

Considera-se que atualmente a medicina passa por uma crise, na qual a visão biologicista predominante, a fragmentação do saber médico e o alto custo dos equipamentos, exames utilizados e tecnologia médica têm acarretado perda da terminalidade do ato médico e pouca consideração à subjetividade e cultura do doente. Além disso, a fragilizada relação médico-paciente tem contribuído para a insatisfação de grande parte de usuários dos serviços de saúde. Tal crise tem impulsionado movimentos de mudança, para o resgate de uma medicina que contemple o processo saúde-doença, abordando o ser humano nas dimensões biopsicossociais. Na esteira desse raciocínio, caminham as discussões e o processo de mudança também no ensino médico, mostrando acentuada e crescente tensão paradigmática na educação médica, nas últimas décadas¹⁵.

1.2 Tentativas de Mudanças Mundiais

Medical Education seems to me in a perpetual state of unrest.

David Irby

Nas décadas de 1950-60, alguns educadores médicos, reconhecendo o problema no modelo educacional baseado na doença – focado no caso raro e em condições não usuais em pacientes hospitalizados –, começaram a procurar caminhos na tentativa de adaptar o currículo para torná-lo mais atencioso e resolutivo em relação aos desejos de saúde das pessoas, preparando, assim,

médicos com alta qualidade técnica e capazes de promover o cuidado integral ao paciente.^{16,17}

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), em setembro de 1978, estreava o conceito de “Saúde para Todos”, convocando todos os países – desenvolvidos ou não – a revisarem seus sistemas de saúde, tornando-os acessíveis à população, como direito básico do cidadão.¹⁸ O conceito de atenção primária foi convenientemente esculpido nessa conferência histórica, entendendo-se a atenção como essencial à saúde, baseada num modelo prático e científico, que possui métodos e tecnologias universalmente acessíveis a indivíduos e famílias dentro das comunidades, sendo o primeiro nível de contato do indivíduo com o sistema de saúde do país e condição essencial para o desenvolvimento socioeconômico da comunidade.

Privilegiar a atenção primária implica promover saúde e prevenir doenças, e compromete os diversos setores do poder público. Assim, tem-se a atenção primária como a natural porta de entrada para a saúde, o primeiro contato do qual se deve esperar competência e resolução dos problemas apresentados. É tarefa das políticas de saúde preparar o cenário profissional para aqueles que terão como missão providenciar a atenção primária em saúde, incluindo as condições de trabalho e a gestão financeira. É responsabilidade das

instituições de ensino formar esses profissionais. No caso em questão, a formação do médico adequado para providenciar essa assistência é missão da universidade.¹⁹

Ao longo dos anos, a OMS (Organização Mundial da Saúde) promoveu diversas atividades educacionais, como *networks* de centros de treinamentos de professores, implementação de programas e métodos de ensino inovadores para professores, voltados principalmente aos problemas das pessoas e da comunidade.⁴ Em 1979, a OMS financiou o estabelecimento de uma instituição educacional, com o intuito de melhorar a saúde das pessoas e da comunidade às quais ela servia, por meio do estabelecimento dos três pilares: educação, pesquisa e assistencialismo.⁴ Em relação à educação, durante a WHA 48.8 – Assembleia Mundial de Saúde da OMS (Genebra, maio de 1995), foi promovida uma reorientação da educação e prática médica em benefício da saúde de todos.²⁰ Nesse documento, foi recomendado que as escolas médicas proporcionassem aos estudantes a oportunidade de aprenderem nos cenários de continuidade e atenção primária, afirmando que os estudantes poderiam ter um melhor aprendizado com médicos generalistas. Embora estas necessidades estejam claras, atualmente observa-se dificuldade na implantação destas modificações curriculares.

Cumprem-se os 32 anos da decisão histórica de Alma-Ata com a proposta de “Saúde para Todos”. As conquistas e as incorporações

têm variado ao redor do mundo. Em muitos lugares, a resposta acadêmica ainda é tímida e não alcança os resultados previstos; ao mesmo tempo em que comemoramos, temos muito a fazer, pois a formação dos médicos generalistas tem variado nos anos subsequentes à Conferência Internacional sobre Atenção Primária. Enquanto, em alguns países, as recomendações vieram ao encontro do já iminente crescimento de especialidades voltadas para a atenção primária, como é o caso da Medicina de Família, em outros países a demanda de profissionais com este perfil ficou desatendida. A explicação mais lógica é que as Escolas e Faculdades de Medicina continuaram focadas na formação de especialistas por estarem alicerçadas no paradigma educacional em que a qualidade do médico está tradicionalmente atrelada ao seu preparo como especialista.²¹

Entretanto, uma grande maioria das universidades está ajustando os currículos para tornar o processo de formação do médico mais realístico. Diversos trabalhos ao longo dos anos têm sido publicados visando a demonstrar descontentamento e preocupação na formação do futuro médico, problemas que não estão sendo aliviados por simples mudanças curriculares.^{22,23} Trabalhos similares na Inglaterra²⁴ e no Canadá²⁵ corroboram tal preocupação.

1.3 Panorama da Educação Médica Brasileira

O ensino médico no Brasil também vem buscando soluções para essas crises. Os debates e as críticas ao modelo antes vigente e a necessidade de avaliar o ensino médico no Brasil levaram, no início da década de 1990, à criação de uma comissão com o objetivo de organizar e realizar essa avaliação e propor medidas para corrigir as deficiências encontradas.²⁶ Essa comissão reuniu-se em Brasília e recebeu o nome de CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico). O Projeto CINAEM desenvolveu-se em várias etapas a partir de 1991. Como um dos princípios de desenvolvimento, recomendava-se uma atuação prática em serviços e comunidade, desde o início do curso em todas as atividades docentes. A CINAEM propunha políticas de integração com os serviços de saúde e de parceria com o SUS (Sistema Único de Saúde).²⁷

Essa reorganização do ensino médico segue uma orientação da Federação Mundial de Educação Médica, que, em 1988, sinalizou como prioridade que o desenvolvimento do programa docente utilizasse todos os recursos da comunidade, não somente os hospitalares.

Assim, em 2001, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares para os cursos de Medicina, que traçam o perfil do médico como um profissional generalista humanista, capacitado a atuar no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, como ações de

promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção de doenças.²⁸ Outro ponto é que eles devem compreender os determinantes sociais, culturais, comportamentais e psicológicos.

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

As mudanças também foram propulsionadas pelo PROMED (Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas), após diversos debates durante os anos de 2001 e 2002, inclusive em audiências públicas nos Conselhos Nacionais de Saúde e Educação. O Ministério da Saúde, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o Ministério da Educação (MEC), em parceria com a ABEN (Associação Brasileira de Educação Médica) e a Rede Unida, propuseram uma cooperação técnica patrocinada pelo Ministério da

Saúde para as escolas de graduação em medicina que se dispuserem a adotar processos de mudança nos currículos de seus cursos, com enfoque nas necessidades de saúde da população e do SUS. O Termo de Referência do Programa, cujo lema era “uma nova escola médica para um novo sistema de saúde”, explicita três eixos para o desenvolvimento das mudanças: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática.²⁹

Tabela 2. Principais objetivos e características dos projetos de incentivos a mudanças na educação médica no Brasil 2001 – 2005²⁹

Projeto/ Programa	Público	Objetivos — Características
Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Saúde	Os 14 cursos da área da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> – Articulação entre educação superior e sistemas de saúde, objetivando formação geral e específica dos egressos/profissionais, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando competências comuns gerais para esse perfil de formação. – Conceitos de saúde, princípios e diretrizes do SUS como elementos fundamentais dessa articulação. – Indicar tópicos ou campos de estudos de ensino-aprendizagem, com ampla liberdade para a integralização curricular. – Levar os alunos dos cursos da saúde a <i>aprender a aprender</i>, o que engloba <i>aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer</i>. – Construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos. – Capacitar alunos/profissionais para atuarem com qualidade e resolutividade no SUS.
Promed — Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina	Escolas e Cursos de graduação em Medicina	<ul style="list-style-type: none"> – Oferecer cooperação técnica e/ou operacional às escolas de graduação em Medicina que se dispuseram a adotar processos de mudança nos currículos de seus cursos, com enfoque para as necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde. – Programar estágios nos hospitais universitários e em toda a rede de serviços e atividades extraclasses contemplando os principais problemas de saúde da população. – Capacitar melhor os estudantes de medicina para atender aos principais problemas de saúde da população, de acordo com a nova realidade de funcionamento do SUS, sendo necessário, para isso, que os cursos de medicina possibilitassem a formação de médicos com competência geral, essencial à ampliação de programas de atenção básica, como o Programa Saúde da Família (PSF).
VER-SUS	Alunos de graduação de vários cursos da área de saúde	<ul style="list-style-type: none"> – Aproximação da política de saúde com a formação acadêmica, em que estudantes de graduação vão conhecer de perto, em cidades de todas as regiões do País, o funcionamento do Sistema Único de Saúde de maneira integral — gestão do setor, organização e práticas de atenção à saúde, formação e desenvolvimento profissional, participação popular e controle social. – Familiarização com o SUS, seus problemas, peculiaridades e avanços. – Participação ativa na direção das diferentes entidades estudantis da área da saúde na construção da vivência, desde seu desenho e negociação com os municípios até o processo de inscrição dos estudantes.
PITS — Programa de Interiorização dos Trabalhadores em Saúde	Profissionais de medicina e enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> – Incentivo técnico, pedagógico e financeiro para fixação de médicos e enfermeiros no Programa Saúde da Família em pequenos municípios brasileiros, onde não existe médico. – Interiorização de profissionais de saúde. – Articulação de instituições de ensino e serviços de saúde, para acompanhamento e capacitação desses profissionais.
Pólos de Educação Permanente — SUS		<ul style="list-style-type: none"> – Articulação interinstitucional, em um território, entre gestores federais, estaduais e municipais do SUS, universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo principalmente suas áreas clínicas e de saúde coletiva; centros formadores, escolas de saúde pública, núcleos de saúde coletiva, hospitais universitários; estudantes da área de saúde, trabalhadores de saúde; Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde; movimentos estudantis e sociais que trabalham com saúde, fortalecendo compromissos com o SUS. – Discutir e implementar projetos de mudança do ensino formal e da educação permanente dos trabalhadores de saúde. – Propõe a adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde. – Propõe ainda que formação e desenvolvimento devem feitos de modo descentralizado, ascendente, transdisciplinar e devem propiciar a democratização institucional.
Pró-Saúde	Escolas e cursos de medicina, enfermagem e odontologia	<ul style="list-style-type: none"> – Incentivar transformações de processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços de saúde à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença. – Reorientar o processo de formação em medicina, enfermagem e odontologia, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS. – Aproximação entre a formação de graduação em saúde no País e as necessidades da atenção básica à saúde, que se traduzem, no Brasil, pela estratégia de Saúde da Família. – Estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia, com vistas à melhoria da qualidade e resolutividade da atenção à saúde prestada ao cidadão, bem como à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais na graduação e na educação permanente.

Nota: Tabela preparada com dados e informações das fontes: MS (2005/2006) e MEC (2005/2006).

1.4 Ferramentas para Colaborar com Tais Mudanças

A dimensão moral da Educação Médica propõe que os estudantes adquiram valores profissionais e qualidades específicas para desejar, de boa vontade, colocar as necessidades dos pacientes em primeiro lugar.¹⁰

O contexto de ensino do estudante de medicina hoje, na maioria das universidades, está direcionado ao aprendizado restrito a hospitais, ao tratamento das raridades e à valorização de subespecialidades. O contexto está dividido em cadeiras e disciplinas, acarretando, muitas vezes, uma falta de continuidade no tratamento. Fala-se de uma fragmentação do ensino médico, do estudante e do paciente, o que acarreta um despreparo no atendimento das reais necessidades da população geral.³⁰

O aluno acompanha pacientes com doenças já instaladas, de maior gravidade ou já apresentando sequelas, e realiza uma atuação pontual com o doente, o qual, posteriormente, será acompanhado por outros médicos e alunos. A maioria dos estudantes é exposta a pacientes idosos e terminais que estão hospitalizados e em busca de diagnóstico em vez do cuidado integral, o que poderia ser adquirido. Estudantes estão sendo educados com “viés” do que será a sua prática médica.³¹

Por que não abordar, no campo da ciência e da educação médica, o “tratar da vida” de quem está doente? Por que não abordar

queixas que parecem não estar presentes nos achados físicos ou laboratoriais usuais, queixas bizarras, não fisiológicas ou anatômicas, queixas persistentes e que causam debilidade, associadas à ansiedade e à mudança de humor, queixas resultantes de mudança de vida, conflito ou estresse? Tudo isso, muitas vezes, não acarreta internações hospitalares, mas causa grande impacto na vida dos doentes e no próprio sistema de saúde.³²

Há notável diferença na abordagem do manejo de doenças ambulatoriais. A pneumonia hospitalar difere da pneumonia adquirida na comunidade não somente pela bactéria, mas principalmente pela maneira do tratamento, ou melhor, pela adesão ao tratamento. Qual seria a adesão ao tratamento da pneumonia hospitalar? Certamente ocorreria em 100% dos casos, desde que houvesse a administração correta do antibiótico. E na pneumonia adquirida na comunidade, qual seria essa adesão? As medicações, as orientações à família, os anseios dos pacientes diferem conforme os cenários de atuação médica.

As necessidades de utilização dos serviços de saúde não correspondem proporcionalmente ao que está sendo ensinado nas faculdades de medicina. Diversas modificações curriculares já estão sendo propostas com este intuito, porém, há necessidade de insistir no tema, porque, na prática, tais modificações não estão atingindo todos os seus objetivos.

A educação médica precisa preparar os estudantes de medicina para manejar as doenças dos pacientes a que eles servirão no futuro.

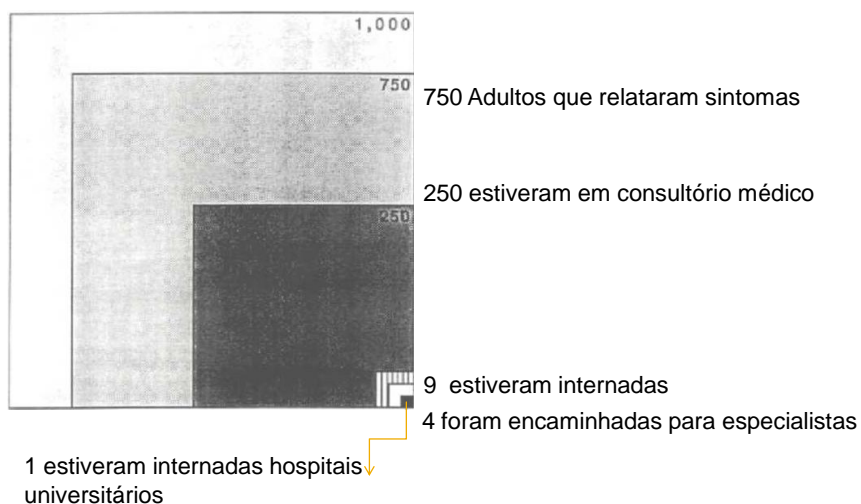
A presente pesquisa foi realizada buscando-se encontrar soluções ou ferramentas que possam contribuir para a formação de um profissional médico mais apto a responder aos anseios dos futuros pacientes.

A palavra Ecologia tem origem no grego *oikos*, que significa casa, e *logos*, estudo. Logo, por extensão, seria o estudo da casa, ou de forma mais genérica, do lugar onde se vive. O cientista alemão Ernst Haeckel, em 1869, usou pela primeira vez este termo para designar o estudo das interações dos seres vivos entre si e com o ambiente em que vivem.³³

O termo “ecologia no cuidado médico” foi uma provocação de K. White em 1961 para verificar a relação entre as pessoas e os cenários de saúde/ambiente com o qual se relacionam. Entender este cenário será o ponto de partida para adequar as nossas necessidades. Esse conceito se cristalizou com um estudo observacional muito simples: a proporção de pessoas que utilizaram serviços de saúde no período de um mês.³⁴

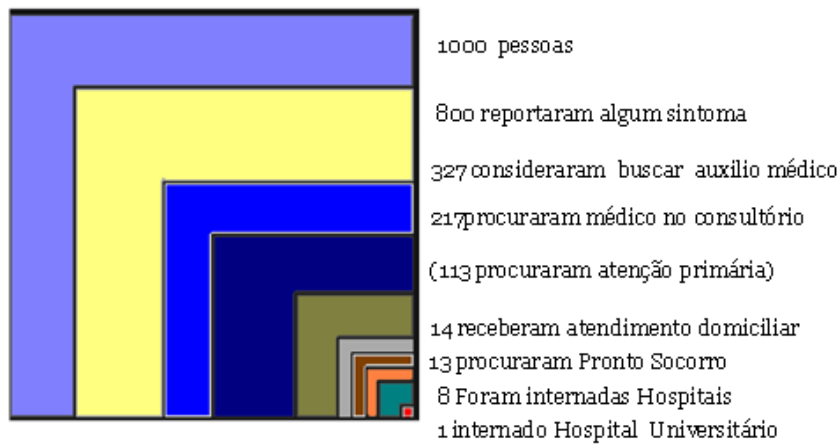
Nesse consagrado estudo, aponta-se graficamente que, numa população de 1.000 adultos, 750 apresentaram algum sintoma, 250 procuraram um consultório médico, 21 visitaram serviços de emergência, 9 foram hospitalizadas e menos de 1 por 1.000 chegou a ser internado em um hospital universitário.³⁵

Figura 1. Resultados da ecologia no cuidado médico proposta por K. White em 1961.



O estudo de White foi atualizado por Green 40 anos depois, acrescentando crianças nesta análise. Utilizando bases de dados mais atualizadas, os dados encontrados em uma população de 1.000 pessoas foram: 800 pessoas reportaram sintomas no período de 1 mês, 217 agendaram consultas ambulatoriais, 8 receberam atendimento hospitalar e 1 por 1.000 esteve internada em hospitais universitários. Observando-se mínimas alterações depois de 40 anos, os resultados tiveram proporções semelhantes, mantendo 1 por 1.000 internado em hospital universitário.³⁶

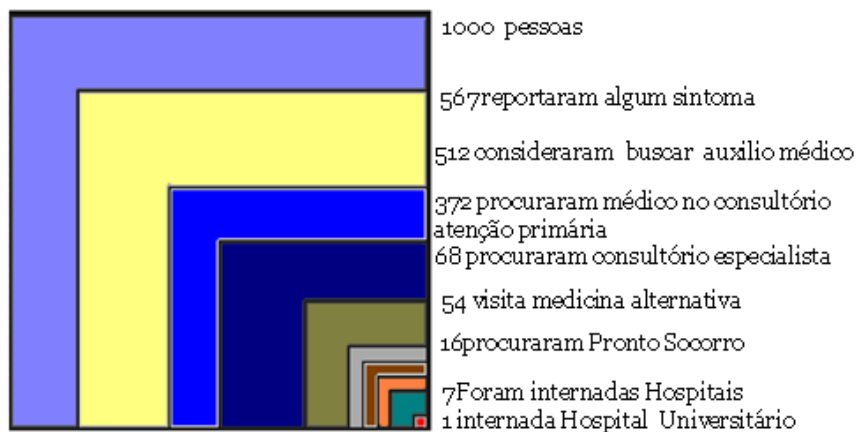
Figura 2. Resultados da ecologia no cuidado médico proposta por Green em 2001.



Os resultados desses estudos foram de grande impacto e contribuíram para influenciar diversas organizações do sistema de saúde, pesquisa científica e educação médica ao longo dos anos.^{37,38,39,40,41,42} Esse modelo da Ecologia Médica demonstrou ser útil nos EUA.

Outros estudos semelhantes foram realizados em uma população em Hong Kong.⁴³ Leung et al. realizaram a ecologia no cuidado médico em uma população oriental como estratégia fundamental para a reforma no sistema de saúde, buscando desenvolver estratégias adequadas e implementar e manter a equidade, a eficiência e a qualidade no cuidado de sua população.

Figura 3. Resultados da ecologia no cuidado médico proposta por Leung et al. em 2005.



White et al. levantam principalmente que o desempenho e a avaliação dos sistemas de saúde não podem ser mensurados somente pelo cálculo das taxas de morbidade e mortalidade, que são, sem dúvida, muito importantes. Contudo, o foco da análise destes autores não estava somente nas doenças, mas sim nas experiências destes pacientes com o sistema de saúde durante o episódio de “sentirem-se doentes”.⁴⁴

Nesse sentido, o estudo da interação dos pacientes com o ambiente – ou seja, a ecologia médica – poderá contribuir para o redirecionamento da educação médica baseado no que é necessário para a nossa população brasileira, promovendo uma adequação dos cenários e do conteúdo curricular.

O intuito da replicação do modelo da “ecologia médica” está em buscar e atentar para as necessidades das pessoas e, com isso, formar médicos aptos a atendê-las. Para isso, é necessário mapear

uma parcela da população brasileira para identificar as suas principais queixas e os serviços de saúde onde buscaram ajuda. Selecionamos um curto período, de apenas um mês, e verificamos quais foram os sintomas e os serviços utilizados: ambulatório médico, medicina alternativa, pronto-socorro, atendimento domiciliar ou hospitais (secundários/terciários ou universitários).

As perguntas levantadas são: será que estamos ensinando aos nossos estudantes o que é prevalente? Em ambientes que correspondam a estas necessidades? Quem, nas faculdades de medicina, está ensinando aos futuros médicos o que é importante?



Objetivos

2. Objetivos Gerais

2.1 Objetivos Primários

Aplicar a metodologia conhecida como “ecologia médica” em amostra selecionada da população brasileira, buscando identificar, no período de um mês:

- a) quantidade de sintomas clínicos e quais foram os sintomas apresentados;
- b) solução apresentada pelo entrevistado:
 - autolimitado, sem procura de auxílio externo;
 - auxílio não médico: medicina alternativa, farmacêutico, equipe multiprofissional, automedicação;
 - auxílio médico em consultório, pronto-socorro, hospital, visita domiciliar, hospital universitário.

Discutiremos se os resultados encontrados correspondem ao ensino durante a graduação médica.

2.2 Objetivos Secundários

Comparar as principais queixas médicas de nossos pacientes com a extensão dedicada a essas mesmas queixas nos principais livros de clínica médica.



Métodos

3. Métodos

O estudo foi aprovado na Comissão de Ética em Pesquisa do

Hospital Universitário, incluindo o modo de contato com os participantes por telefone.

3.1 População Estudada

Foram estudados 1.065 participantes de uma empresa de convênio médico na região metropolitana de São Paulo com 1,5 milhão de associados, majoritariamente de planos empresariais das classes econômicas B e C. Conforme o acordo contratual entre pesquisadores e a empresa, feito antes da coleta de dados:

- os pesquisadores não identificaram a empresa;
- a empresa forneceu todos os dados solicitados no protocolo de pesquisa sem restrição; e realizou o sorteio dos entrevistados;
- a análise dos dados foi realizada pelos pesquisadores de forma independente. Pelo sigilo solicitado, não consta

menção específica à empresa, sejam dirigentes ou funcionários, nos agradecimentos dessa tese.

3.2 Coleta de Dados

A coleta de dados foi utilizada para estimar o número de pessoas que apresentaram algum tipo de sintoma no último mês, quais foram esses sintomas e onde buscaram ajuda resolvê-los: consultório, medicina alternativa, farmacêutico, pronto-socorro ou internação em hospitais.

As entrevistas foram realizadas por telefone pelos auxiliares de enfermagem, que trabalham na central de relacionamento dessa empresa, com 1.065 participantes no período de 29/5/2008 a 17/2/2009.

Todos os atendentes foram submetidos ao treinamento referente à coleta de dados da pesquisa, sendo realizado um roteiro (*script*) para padronizar as entrevistas telefônicas (Anexo 1).

Durante a ligação telefônica, o associado foi informado de que estava participando de uma pesquisa de doutoramento, não vinculada ao convênio, e foi questionado sobre o desejo de responder a um questionário. No caso de negativa, a ligação foi encerrada. Todos os atendimentos telefônicos foram gravados. Os números de telefones foram escolhidos de forma aleatória do cadastro de participantes do plano de saúde. Acrescentamos todos os

questionários que conseguimos realizar até completar 1.065 questionários aleatoriamente. A taxa de recusa foi desprezível; unicamente houve situações repetitivas em que não se encontrou o participante sorteado; nesses casos, seguiu-se para o próximo da listagem. Os dados foram coletados por meio do questionário que consta no Anexo 2.

A identificação do paciente constou de: nome completo, número do convênio, sexo, raça, idade (incluindo data de nascimento), religião, endereço, telefone, celular, cidade, data da ligação, horário da ligação e responsável pela ligação. As condições financeiras não foram incluídas, em razão da necessidade de se manter um tempo adequado de entrevista telefônica para que o paciente consiga responder a todas as perguntas sem desligar o telefone e, pela possibilidade de criar inibição e negação de respostas. Sobre internações, também foram questionados os hospitais universitários, porque muitos pacientes, mesmo possuindo convênio, procuram esses hospitais ou os ambulatórios de especialidades das universidades para acompanhamento.

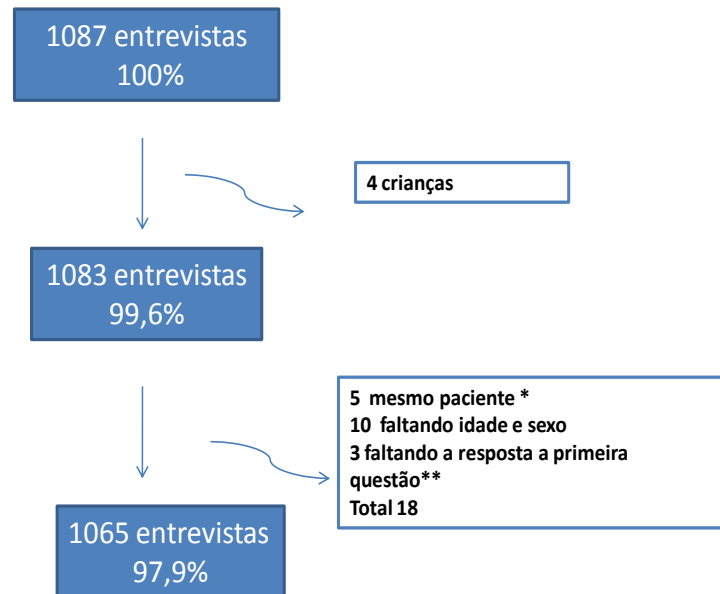
Ao término da coleta dos dados quantitativos, encontrando os sintomas mais prevalentes dessa população e os locais onde procuraram atendimento, tais dados foram comparados com dados de literatura para discutir sobre o processo de formação médica atual.

Exclusão dos Questionários

Foram realizadas 1.087 entrevistas e excluídos 22 questionários, pelos seguintes motivos:

- idade menor que 18 anos: 4 questionários excluídos;
- sem dados sobre idade e sexo: 10 questionários excluídos;
- mesmo paciente que respondeu à entrevista em momentos diferentes; optou-se por manter a entrevista com o maior número de respostas preenchidas: 5 entrevistas excluídas;
- pacientes que não preencheram a primeira pergunta (se ele sentiu algo no último mês): 3 questionários excluídos.

Figura 4. Entrevistas realizadas.



- * Excluído o questionário com menor número de respostas preenchidas
 ** A questão "você apresentou algum sintoma no último mês"

A média de idade dos participantes foi de 68 anos, sendo que 70% dos entrevistados foram mulheres. Os dados foram coletados em horário comercial, de segunda a sexta-feira, o que pode ter favorecido as respostas pelas mulheres que estavam em casa neste período.

Os dados quantitativos foram analisados pelo sistema SPSS 16.

Figura 5. Distribuição de frequência das idades.

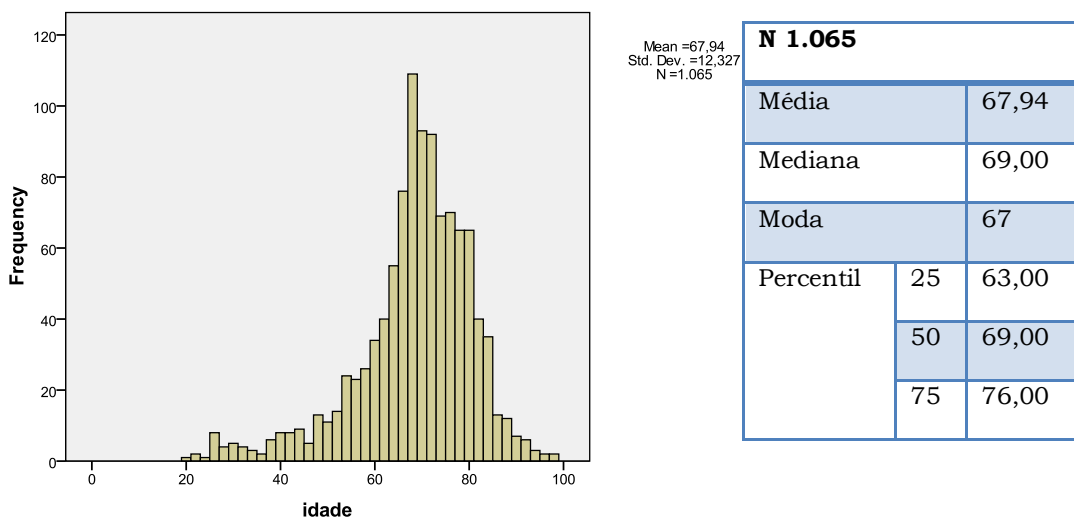


Tabela 3. Participantes (1.065) separados por idade categorizada e gênero

Faixa etária (anos)	Masculino	Feminino	Total
20 a 29	7 (33,3%)	14 (66,7%)	21
30 a 39	4 (23,5%)	13 (76,5%)	17
30 a 49	14 (30,4%)	32 (69,6%)	46
50 a 59	30 (28%)	77 (72%)	107
60 a 69	94 (26,7%)	258 (73,3%)	352
70 a 79	116 (31,1%)	257 (68,9%)	373
≥ 80	45 (30,2%)	104 (69,8)	149
Total	310 (29,1%)	755 (70,9%)	1.065



Resultados

4. Resultados

A maioria dos participantes é de moradores da cidade de

São Paulo (41%) e da região do ABC (42%), sendo os demais de municípios da Grande São Paulo.

O número de entrevistas válidas foi de 1.065 pacientes, sendo que:

- 424 (39,8%) relataram ter sentido algum sintoma no último mês;
- 311 (29,2%) procuraram consulta médica em virtude dos sintomas que apresentaram;
- 105 (9,85%) procuraram atendimento no pronto-socorro;
- 63 (5,91%) pacientes ficaram internados em hospitais;
- 30 (2,81%) relataram que os sintomas e as queixas apresentados desapareceram sozinhos;
- 22 (2,06%) procuram medicina alternativa;
- 16 (1,5%) procuram o farmacêutico por suas queixas;
- 7 (0,65%) receberam atendimento domiciliar;
- 1 paciente esteve internado em um hospital universitário.

Tabela 4. Distribuição por sexo e faixa etária e procura por serviços de saúde

	sexo			Faixa etária							
	Masculino	Feminino		20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> ou= 80	
	310	755	p	21	17	46	107	352	373	149	p
Teve problema de saúde	90 (29%)	334 (44,2%)	0,000	3 (14,3%)	9 (52,9%)	19 (41,3%)	43 (40,2%)	147 (41,8%)	140 (37,5%)	63 (42,3%)	0,189
Consulta	69 (22,3%)	242 (32,2%)	0,02	3 (14,3%)	6 (35,3%)	13 (28,3%)	28 (26,2%)	109 (31,2%)	106 (28,5%)	46 (30,9%)	0,817
Pronto Socorro	28 (9%)	77 (10,2%)	0,450	1 (4,8%)	2 (11,8%)	7 (15,2%)	12 (11,2%)	33 (9,4%)	32 (8,6%)	18 (12,1%)	0,919
Hospital	23 (7,4%)	40 (5,3%)	0,406	0	0	3(6,5%)	11 (10,3%)	24 (6,8%)	18 (4,8%)	7 (4,7%)	0,604
Hospital Universitário	1	0	0,160	0	0	0	0	0	0	1	0,772
Medicina Alternativa	0	22 (2,9%)	0,005	0	0	0	3 (2,8%)	10 (2,8%)	7 (1,9%)	2 (1,4%)	0,911
Farmacêutico	3 (1%)	13 (1,7%)	0,318	0	1 (5,9%)	1 (2,2%)	6(5,6%)	5 (1,4%)	3 (0,8%)	0	0,029
Atendimento domiciliar	4 (1,3%)	3 (0,4%)	0,262	0	0	0	2 (1,9%)	2 (0,6%)	1 (0,3%)	2 (1,4%)	0,710

Figura 6. Frequência (%) de sintomas e procura por serviços na amostra de 1.065 participantes maiores de 18 anos de idade.

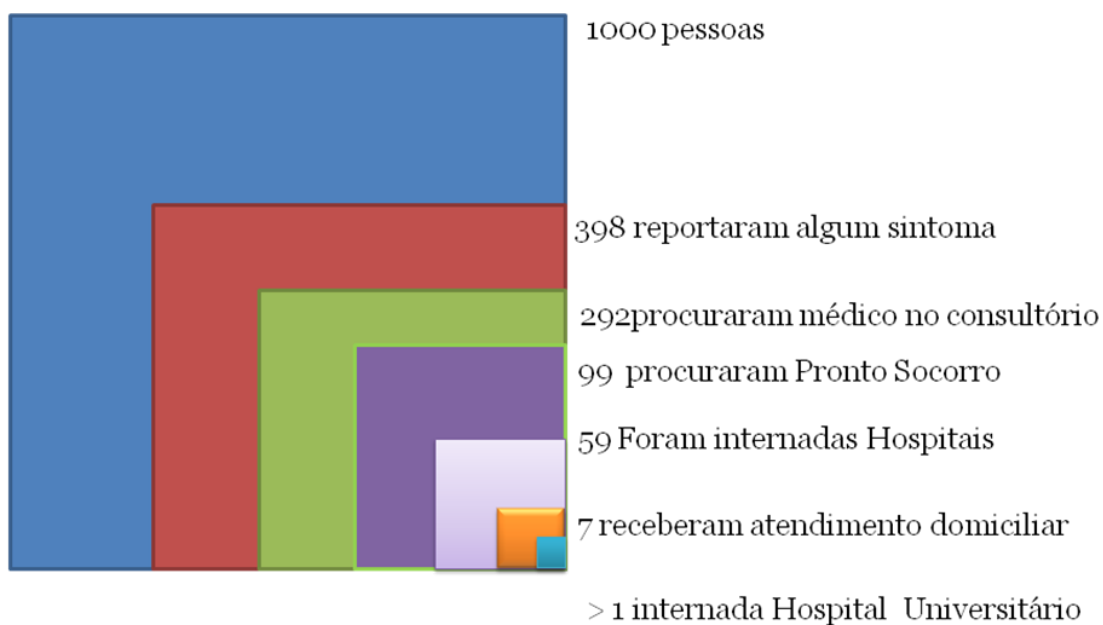


Figura 7. Frequência (%) de sintomas e procura por serviço na amostra de 310 homens maiores de 18 anos de idade.

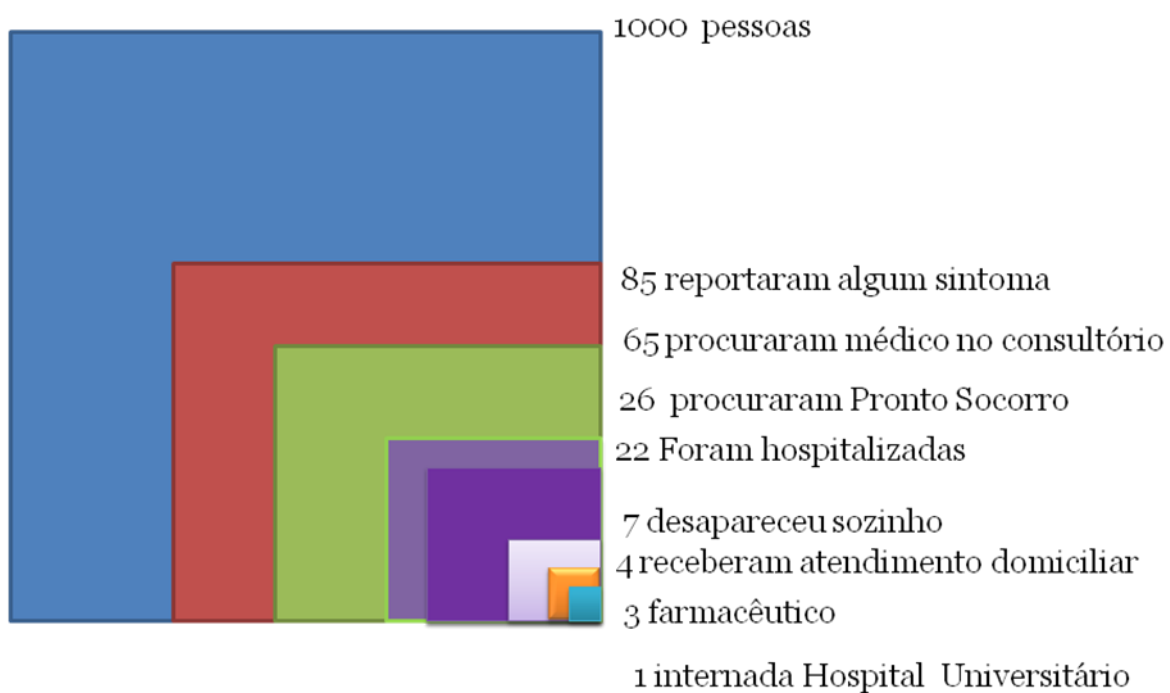
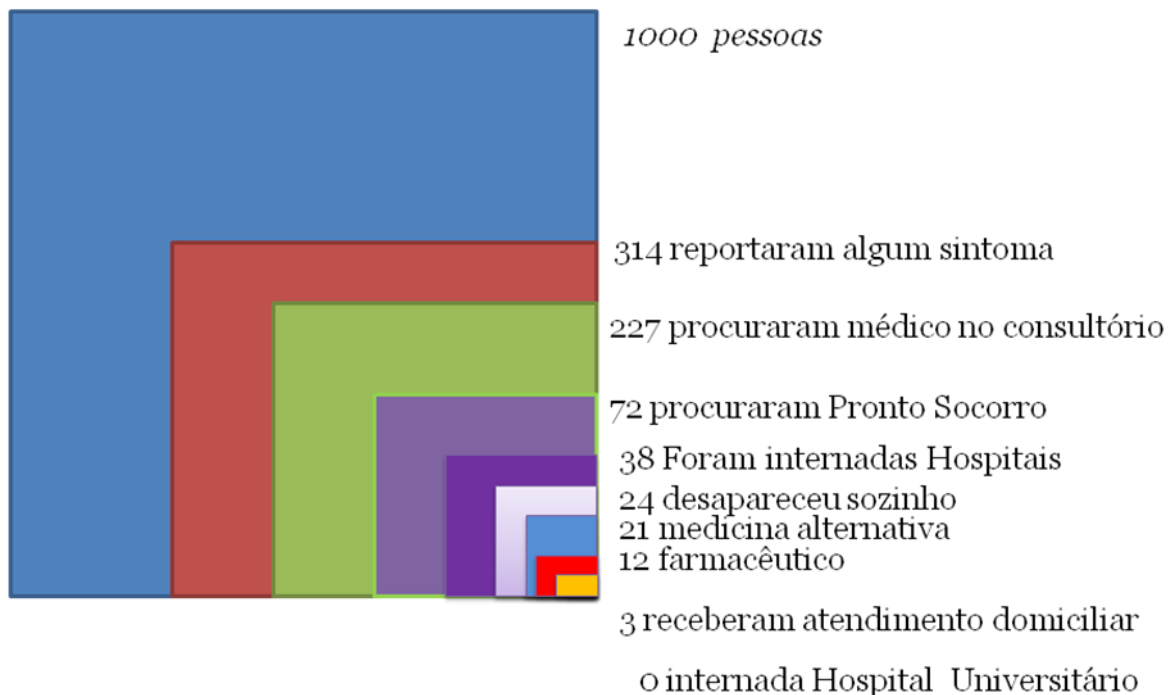


Figura 8. Frequência (%) de sintomas e procura por serviço na amostra de 755 mulheres maiores de 18 anos de idade.



Os sintomas apresentados foram classificados pelo CID-10 (Código Internacional de Doenças) e queixas semelhantes foram distribuídas em 35 grupos (Tabela 5), sendo que os sintomas que não se enquadraram em nenhum grupo formaram o grupo chamado miscelânea (Tabela 6).

Tabela 5. Queixas encontradas com mais prevalência, separadas pelos grupos por ordem de frequência (1 a 35).

Grupo de sintomas	Descritivo	CID-10	Frequência	%	% válida	% acumulada	Masculino	Feminino
Dor em membros	Dor nas pernas, dor no braço, dor no pé, dor na mão, dor nos membros, dor no calcâneo	M79.6	41	3,8	9,7	17,5	9 (22%)	32 (78%)
Mal-estar	Cansaço, fadiga, desânimo, indisposição, prostração, fraqueza, falta de força, mal-estar generalizado, fraqueza nas pernas, perna pesada, perna travada	R53 R45	41	3,8	9,7	33,5	6 (14,6%)	35 (85,4%)
Lombalgia	Dor nas costas, pontad nas costas, dor na coluna, dor no nervo ciático, dor na região dos rins	M54.9	33	3,1	7,8	7,8	7 (21,2%)	26 (78,8%)

Grupo de sintomas	Descritivo	CID-10	Frequência	%	% válida	% acumulada	Masculino	Feminino
Cefaleia	Dor de cabeça, enxaqueca, dor nas têmporas, dor na nuca	R51	27	2,5	6,4	23,8	2 (7,4%)	25 (92,6%)
Dor articular	Dor nas juntas, desconforto no ombro, dor no joelho, dor no quadril, artrose	M25.5	26	2,4	6,1	59,7	0 (0%)	26 (100%)
Miscelânea*	Ver Tabela 6		24	2,3	5,7	99,5	5 (20,8%)	19 (79,2%)
IVAS/ febre	Gripe, garganta inflamada, resfriado, rinite, virose, coriza, espirros, febre, pneumonia	J11 R07 J00 J30.4 R06.7J18 R50	23	2,2	5,4	88,4	8 (34,8%)	15 (65,2%)
Dor de estômago	Gastrite, queimação, dispepsia, dor no fígado, refluxo, estufamento, disfagia	R10.1 K30 R13 R14 K21	19	1,8	4,5	53,5	4 (21,1%)	15 (78,9%)

Grupo de sintomas	Descritivo	CID-10	Frequência	%	% válida	% acumulada	Masculino	Feminino
Vertigens	Tonturas, labirintite, instabilidade	R42	17	1,6	4	37,5	4 (23,5%)	13 (76,5%)
Dor precordial	Angina, dor no peito, precordialgia	R07.2	17	1,6	4	41,5	8 (47,1%)	9 (52,9%)
Falta de ar	Dificuldade para respirar, dispneia, respiração ofegante	R06, R06.0 R00.2	17	1,6	4	45,5	3 (17,6%)	14 (82,4%)
Dor generalizada	Algia no corpo, dor muscular, dor nos ossos, dor pelo corpo, fibromialgia	R52.9 M79.7 M52 R52.9 M62.6	16	1,5	3,8	81,8	2 (12,5%)	14 (87,5%)

Grupo de sintomas	Descritivo	CID-10	Frequência	%	% válida	% acumulada	Masculino	Feminino
Tosse	Tosse	R05	15	1,4	3,5	49,1	5 (33,3%)	10 (66,7%)
Sintomas urinários	Ardência ao urinar, dor ao urinar, desconforto ao urinar, hematúria, estenose de uretra, incontinência urinária, retenção urinária, urina excessiva	R31, R30, R30.9 N35 R32, R33	15	1,4	3,5	71,2	7 (36,7%)	8 (53,3%)
Palpitações	Ansiedade no coração, arritmia, taquicardia, bradicardia, coração acelerado	R00.2 I49.8 R00.1 R00.0	12	1,1	2,8	75,5	0	12 (100%)
Alteração da diabetes	Hiperglicemia, hipoglicemia, diabetes alterada	R73.9	8	0,8	1,9	65,3	4 (50%)	4 (50%)

Grupo de sintomas	Descritivo	CID-10	Frequência	%	% válida	% acumulada	Masculino	Feminino
Pós-operatório de cirurgias	Dor no local da cirurgia, dor na mão após cirurgia do túnel do carpo, dor na cirurgia para retirar Ca de pele, pontos da cirurgia abertos, dor na cirurgia de hérnia	Z54 T81.3 K46 G56 C44.3	7	0,7	1,7	77,6	0	7 (100%)
Dor abdominal	Cólica intestinal, dor abdominal dor de barriga, dor no intestino.	R10.4, R10	6	0,6	1,4	66,7	0	6 (100%)
Quedas	Queda e desequilíbrio, queda da própria altura, queda, fratura de membro superior	W19, S32 W01.0	6	0,6	1,4	72,6	2 (33,3%)	4 (66,7%)

Grupo de sintomas	Descritivo	CID-10	Frequência	%	% válida	% acumulada	Masculino	Feminino
Alterações funcionais do intestino, diarreia e obstipação	Diarreia, constipação, sangramento anal	A09 K59 K92.2	6	0,6	1,4	91,7	1 (16,7%)	5 (83,3%)
Depressão	Depressão, ansiedade, estresse, alteração do humor, insônia, tremores decorrentes do estresse	F32, S45, F51, F41.1	4	0,4	0,9	67,7	3 (75%)	1 (25%)
Edema	Inchaço, retenção de líquido, membros edemaciados	R60	4	0,4	0,9	89,4	1 (25%)	3 (75%)
Náuseas e vômitos	Enjoos	R11	3	0,3	0,7	90,1	1 (33,3%)	2 (66,7%)

Grupo de sintomas	Descritivo	CID-10	Frequência	%	% válida	% acumulada	Masculino	Feminino
Varizes		I83	3	0,3	0,7	93,4	0	3 (100%)
Problemas oftalmológicos	Olhos pretos sem motivo, derrame no olho, visão embaçada	H11.3	2	0,2	0,5	75,9	1 (50%)	1 (50%)
Alergias	Alergia não específica, alergia a carne de porco	T78.4 T 78.1	2	0,2	0,5	78,1	1 (50%)	1 (50%)
Zumbido	Barulho no ouvido	H93.1	2	0,2	0,5	82,5	0	2 (100%)
Formigamento	Parestesias cutâneas, formigamento nas pernas, dormência, queimação nas pernas	R20.2	2	0,2	0,5	83	0	2 (100%)
AVC		I63	2	0,2	0,5	92,2	2 (100%)	0
Alterações do apetite	Inapetência	R63	2	0,2	0,5	92,7	0	2 (100%)

Grupo de sintomas	Descritivo	CID-10	Frequência	%	% válida	% acumulada	Masculino	Feminino
Trauma	Torsão do joelho, fratura, lesão do menisco	S82 M23.3	2	0,2	0,5	93,9	0	2 (100%)
Alterações do peso	Perda de peso, obesidade	R63.4	2	0,2	0,5	100	0	2 (100%)
Exames laboratoriais alterados	Aumento de leucócitos, aumento de colesterol, aumento de triglicerídeos	R72 E 78	1	0,1	0,2	82,1	0	1 (100%)
IAM	Síndromes cardiovasculares agudas		1	0,1	0,2	90,3	1 (100%)	0
Total sintomas			424	40			90 (21,2%)	334 (78,8%)

Tabela 6. Descrição das queixas inespecíficas, grupo chamado de miscelânea. →

1	Cãibra nos pés
2	Calor
3	Calor e desconforto (menopausa)
4	Cirurgia para colocação de prótese no joelho em decorrência de artrose
5	Coceira nas pernas
6	Confusão na mente
7	Convulsão
8	Dedo em gatilho
9	Déficit de memória
10	Desassossego (ficou viúva)
11	Dificuldade de engolir a comida (não desce direito pela garganta)
12	Entrando na menopausa
13	Estenose laringe e faringe (lesão nas cordas vocais)
14	Feridas na boca (mucosa)
15	Frio
16	Infecção hospitalar
17	Inflamação na perna por produto químico
18	Língua mole
19	Mal-estar da menopausa
20	Manchas no rosto (suspeita de CA)
21	Manchas roxas na pele

22	Mãos geladas
23	Meningite
24	Micose nas unhas
25	Micose nas unhas dos pés
26	Nódulo na mama
27	Nódulo nas axilas
28	Olho-de-peixe no pé
29	Osteoporose
30	Ouvido entupido
31	Pancreatite aguda
32	Perda de memória
33	Perda temporária de memória
34	Presença de exsudato
35	Sensação de desmaio
36	Sensibilidade à luz
37	Sensibilidade ao barulho
38	Suor frio
39	Suspeita de osteoporose
40	Tratamento CA da pele
41	Tremor muscular
42	TVP
43	Voz some de vez em quando

Durante as entrevistas telefônicas, como resposta à pergunta se o paciente sentiu algo no último mês, foram coletadas até 4 queixas como resposta. Dentre os 424 pacientes que apresentaram algum sintoma no período de 1 mês, 148 pacientes apresentaram dois sintomas; 49 pacientes apresentaram três sintomas e 10 apresentaram quatro sintomas. Analisando a somatória de todas estas queixas, encontramos a frequência estabelecida na Tabela 7.

Tabela 7. Frequência das queixas encontradas (somando todas as queixas relatadas no período de 30 dias)

Diagnóstico	Frequência	%
Mal-estar	66	10,5
Dor em membros	54	8,6
Lombalgia	44	7
Miscelânea	43	6,8
Cefaleia	37	5,9
Dor articular	34	5,4
Falta de ar	31	4,9
IVAS	31	4,9
Tonturas	29	4,6
Alteração de pressão	28	4,4
Dor epigástrica	24	3,8

Sintomas urinários	21	3,3
Dor precordial	19	3
Palpitações	19	3
Dor generalizada	19	3
Tosse	18	2,9
Alteração de diabetes	13	2,1
Dor abdominal	11	1,7
Depressão/ansiedade	11	1,7
Quedas	9	1,4
Náuseas e vômitos	8	1,3
Alterações funcionais do intestino	8	1,3
Complicações pós-operatórias	7	1,1
Formigamento	7	1,1
Edema	7	1,1
Acidente vascular cerebral	5	0,8
Trauma	5	0,8
Varizes	4	0,6
Alterações do peso	4	0,6
Problemas oftalmológicos	3	0,5
Exames laboratoriais alterados	3	0,5
Zumbido	3	0,5
Alterações do apetite	3	0,5

Alergia	2	0,3
Infarto agudo do miocárdio	1	0,2
Total geral	631	1,0

Tabela 8. Frequência das especialidades médicas procuradas nas consultas ambulatoriais

Especialidade médica	Frequência	%	% Válido	% Acumulativo
Cardiologia	54	5,1	5,1	76
Geriatria	38	3,6	3,6	89,6
Case* atenção primária	33	3,1	3,1	79,1
Ortopedia	29	2,7	2,7	95,6
Clínica médica	22	2,1	2,1	82,8
Gastroenterologia	18	1,7	1,7	86
Reumatologia	16	1,5	1,5	98,8
Neurologia	13	1,2	1,2	92,5
Ginecologia	12	1,1	1,1	90,7
Urologia	12	1,1	1,1	100
Cirurgia vascular	11	1	1	80,8
Pneumologia	10	0,9	0,9	96,9
Endocrinologia	6	0,6	0,6	83,9
Dermatologia	5	0,5	0,5	83,4

Cirurgia ginecológica	4	0,4	0,4	79,7
Fisiatria	4	0,4	0,4	84,3
Otorrinolaringologia	4	0,4	0,4	96
Cirurgia geral	3	0,3	0,3	79,3
Nefrologia	3	0,3	0,3	91,1
Neurocirurgia	2	0,2	0,2	91,3
Nutrição	2	0,2	0,2	92,7
Proctologia	2	0,2	0,2	97,1
Psiquiatria	2	0,2	0,2	97,3
Alergologia	1	0,1	0,1	70,9
Cirurgia vascular	1	0,1	0,1	82,9
Hematologia	1	0,1	0,1	90,8
Oftalmologia	1	0,1	0,1	92,8
Oncologia	1	0,1	0,1	92,9
SUS- UBS	1	0,1	0,1	98,9
Total	311	29,4	29,4	
Total geral	1065	100	100	

Tabela 9. Comparação entre os estudos de ecologia no cuidado médico

	White 1961³⁴	Green 2001³⁵	Leung 2005⁴²	Roncoletta 2010
Sintomas	750	800	567	398
Pensaram em procurar sistemas de saúde		327	512	
Foram ao consultório	250	217	494	292
Médicos de atenção primária		113	372	31
Especialidade		104	68	261
Medicina alternativa		65	54	20
Pronto-socorro		13	16	99
Atendimento domiciliar		14	16	7
Hospital	9	8	7	59
Hospital universitário	1	1	1	< 1
N Utilizado	Proporção 1.000 pacientes	Proporção 1.000 pacientes	Proporção 1.000 pacientes	1.000 entrevistas

Figura 9. Comparação dos resultados com a ecologia médica de Green.³⁵

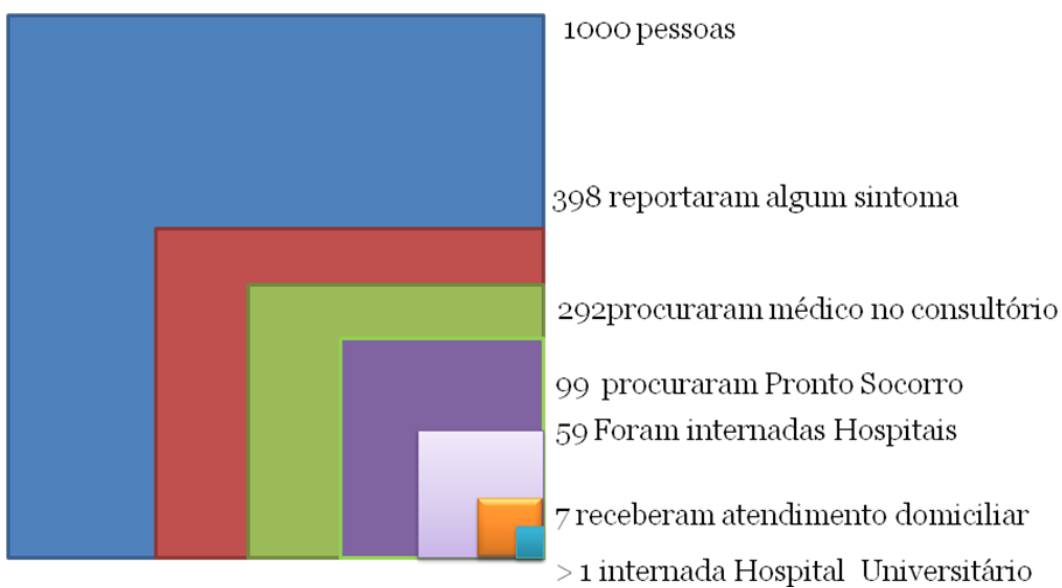
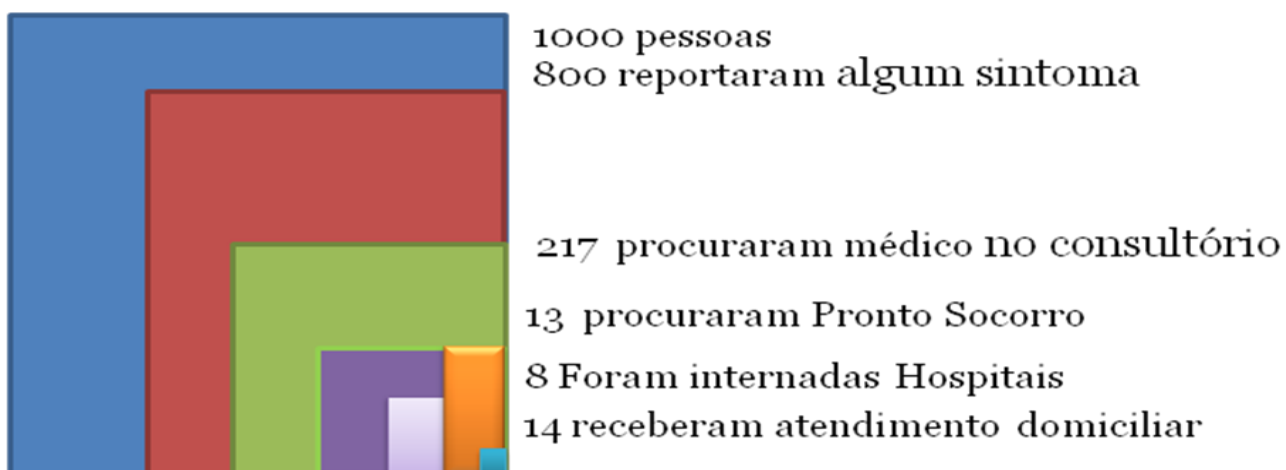


Tabela 10. Livros tradicionais de medicina e a abordagem de sintomas prevalentes (número de páginas)
 Continua →

Livros	Tratado de Medicina Interna	Tratado de Clínica Médica	Clínica Médica	Tratado de Clínica Médica	Current Medical Diagnosis & Treatment
Autor	Harrison	A. C. Lopes	Martins MA et al.	Cecil- Goldman e Ausiello	Lange Tierney LM,et al.
Ano de edição	2008	2009	2009	2005	2001
Total de páginas	2 vol. 2748	3 vol. 5.361	7 vol 5.781	2 vol 2.927	1 vol 1.794
1. Dor em extremidades	4 páginas	0 página	10 páginas	4 páginas	0 página
2. Fadiga	4 páginas	4 páginas	9 páginas	2 páginas	1 página
3. Lombalgia	11 páginas	14 páginas, sendo 5 em ortopedia e 9 em reumatologia	13 páginas	4 páginas	13 páginas
4. Cefaleia	13 páginas	15 páginas	20 páginas	7 páginas	3 páginas
5. Dor articular	0 página	8 páginas	10 páginas	4 páginas	1 página
6. IVAS	9 páginas	1 página		3 páginas	3 páginas

Livros	Tratado de Medicina Interna	Tratado de Clínica Médica	Clínica Médica	Tratado de Clínica Médica	Current Medical Diagnosis & Treatment
7. Sintomas inespecíficos	0 página	0 página	0 página	0 página	0 página
8. Tonturas	3 páginas	½ página	9 páginas	3 páginas	0 página
9. Epigastralgia	2 páginas	1 página	12 páginas	6 páginas	1 página
10. Dor precordial	5 páginas	1 página	8 páginas	12 páginas	0 página
11. Dispneia	4 páginas	1 página	9 páginas	6 páginas	1 página
12. Hipertensão	14 páginas	16 páginas	31 páginas	19 páginas	7 páginas
13. Dor generalizada	6 páginas	8 páginas	12 páginas	10 páginas	10 páginas
14. Tosse	2 páginas	½ página	1 página	3 páginas	1 página
15. Sintomas urinários	7 páginas	9,5 páginas	7 páginas	5 páginas	3 páginas
16. Palpitações	1 página	¼ página	0 página	3 páginas	1 página

Tabela 11. Número de artigos listados no MedLine com os MeSH "primary care" ou "family practice" ou "family medicine" ou "primary health care" no título ou abstract em 4 journals³⁴

<i>Journal</i>	Número total de artigos publicados (1996)	Número de artigos em atenção primária	Número de <i>trials</i> em atenção primária
<i>New England Journal of Medicine</i>	1.280	26 (2%)	0
<i>British Medical Journal</i>	2.535	249 (9,8%)	6
<i>Canadian Medical Association Journal</i>	540	27 (5%)	0
<i>Canadian Family Physician</i>	198	71 (35,8%)	2



Discussão

5. Discussão

No período de 30 dias, em 1000 participantes, encontramos que 398 dos entrevistados apresentaram algum sintoma. A maioria (292) procurou consulta ambulatorial; 99 buscaram resolver a queixa no pronto-socorro, 59 foram internados e 1 foi internado em um hospital universitário. Os sintomas mais encontrados foram: dor em extremidades (10%), mal-estar (10%), lombalgia (8%), cefaleia (6%) e dor articular (6%). Estes sintomas não são estudados suficientemente na graduação médica, não encontramos a abordagem destas queixas prevalentes nos livros consagrados de medicina e tanto os cenários de ensino, quanto os professores não estão adequando o ensino às necessidades das pessoas.

5.1 A Ecologia no Cuidado Médico: semelhanças e diferenças

No estudo publicado em 1961 por K. White,³⁵ da população de 1.000 pessoas adultas, 750 sentiram algum sintoma, 250 procuraram um médico, 9 foram hospitalizadas, 5 foram encaminhadas para especialistas e menos de 1 por mil chega a ser internada num hospital universitário.

K. White, na época de sua publicação, era professor na Universidade da Carolina do Norte e coordenava uma clínica de medicina geral que atendia problemas comuns, onde estudantes, residentes e professores aprendiam sobre doenças prevalentes da comunidade. Em 1960, o novo diretor da Universidade, Louis Welt, o questionou sobre a necessidade de manter a sua clínica funcionando, porque os avanços da medicina mostravam um redirecionamento para as subespecializações e atividades intra-hospitalares e o serviço de White parecia não ter mais importância, já que se dedicava ao ensino de doenças cotidianas e corriqueiras. White sentiu a necessidade de demonstrar a importância do seu trabalho ambulatorial por meio de números e fatos, já que não existiria outra maneira de convencer Louis Welt. E foi o que fez, publicando, no *The New England Journal of Medicine* em 1961, a série gráfica “A Ecologia no Cuidado Médico”, para demonstrar a importância da manutenção do ensino em atenção primária, termo que na época ainda não era utilizado.³⁹

Pode-se argumentar que, na década de 1960, na publicação do estudo, a maioria das tecnologias médicas não tinha sido desenvolvida, como tomografia computadorizada, transplante de órgão, endoscopia, drogas antidepressivas e cirurgia coronariana, e os resultados obtidos devem ter se modificado com todos esses avanços. Quarenta anos depois, um novo estudo semelhante foi realizado por Green em 2001.³⁶ “Surpreendentemente”, os resultados mantiveram proporções

semelhantes, sobretudo porque mantiveram 1 por 1.000 internados em hospital universitário.

O próprio autor Green justifica essa falta da mudança pelo fato de as interações entre as pessoas e o sistema de cuidado de saúde ser dirigidas pelas preferências e pelas necessidades individuais, que, apesar das mudanças na organização do cuidado de saúde, persistem ao longo dos anos.

Outro estudo avaliou a ecologia no cuidado médico somente com crianças. De 1.000 crianças de idade de 0 a 17 anos, no período de 1 mês, 167 procuraram consultório médico, 82 visitaram o dentista, 13 visitaram o departamento de emergência e 8 foram hospitalizadas. Os próprios autores comentam sobre a semelhança das proporções comparados aos estudos em adultos.⁴⁵

Em Taiwan, Li Fan Chou publicou o seu trabalho seguindo o modelo da ecologia no cuidado médico enfocando pacientes com problemas mentais. Os resultados mostraram que 2.559 das pessoas receberam drogas psicotrópicas no período de 1 ano, principalmente os pacientes idosos, sendo que 201 visitaram uma clínica psiquiatria, 38 procuraram ajuda no pronto-socorro, 20 foram hospitalizadas e 3 foram internadas em clínicas de reabilitação (n 10.000). Esses resultados são mais uma oportunidade de analisar a epidemiologia de doenças psiquiátricas e auxiliar na administração dos recursos para saúde mental.⁴⁶

Estudos da ecologia no cuidado médico foram realizados com pacientes norte-americanos, ingleses e em Hong Kong⁴³, porém não há nenhum estudo semelhante que avalie a ecologia no cuidado médico da população brasileira.

Para readequar os cenários educacionais e vigentes atualmente, optou-se por identificar as necessidades desta amostra de pessoas brasileiras, identificando-se a sua interação com os serviços de saúde e as suas queixas prevalentes.

Foram selecionados pacientes que utilizam os serviços de medicina privada. Dentro do atual sistema de saúde brasileiro, para mais de 190 milhões de habitantes (segundo a contagem populacional feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 2009), teríamos cerca de 43 milhões de pessoas (22,4%) que possuem algum tipo de plano privado de saúde, dados obtidos junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), representando uma proporção pequena da população brasileira. Para os 75% ou 78% restantes, o SUS é alternativa para o acesso a serviços de saúde.⁴⁷

A Tabela 12, no Anexo 3, mostra a taxa de cobertura dos planos de saúde por Região, conforme pesquisa intitulada “Assistência Médica Sanitária 2005 (AMS 2005)”, realizada pelo IBGE no ano de 2005.⁴⁸

A escolha de participantes da Medicina Privada teve a intenção de analisar a busca por auxílio médico sem barreiras de acesso de atendimento, como falta de vagas nos hospitais, o que às vezes ocorre

com os pacientes do SUS (Sistema Único de Saúde) e que poderia produzir um viés das necessidades das pessoas no desejo e na necessidade de procurar os serviços médicos.

Comparando os estudos publicados por White e Green, os números de consultas, idas ao pronto-socorro e internações foram levantados por meio de bancos de dados norte-americanos e ingleses. Diferentemente da metodologia realizada em nosso estudo, utilizamos a entrevista telefônica para encontrar tais valores.

Os bancos de dados forneceram a base para realizar o cálculo de sintomas apresentados no período de 1 mês nos trabalhos de White e Green e outros bancos de dados diferentes. Esses dados foram utilizados para avaliar taxas de consultas ambulatoriais, encaminhamentos e internações hospitalares. Todos estes resultados foram estimados para uma população de 1.000 pessoas em um período de 30 dias.

Observamos um número menor de sintomas apresentados no período de 1 mês, 424 queixas; nos trabalhos de White e Green, foram 800 sintomas. Um dos motivos apontados foi a coleta de dados em diários de saúde que interpretam a presença de sintomas por meio de *checklist*. Já é demonstrado em literatura que esses diários são mais sensíveis para detectar a presença dos sintomas, porque, com eles, a memória é mais eficaz do que a entrevista telefônica.⁴⁹ Em nosso estudo, a informação proveniente dos sintomas apresentados foi obtida

por entrevista telefônica feita com os pacientes usando perguntas abertas sobre os sintomas, sem utilizar *checklist* de doenças ou anotações durante o mês, o que sabidamente favorece a lembrança dos sintomas.

Observamos também aumento demasiado de procura ao pronto-socorro. Notou-se que muitos pacientes o procuram por facilidade de agendamento, e não por urgência médica ou por motivos clínicos, e tais queixas, que poderiam ser resolvidas em consultas simples, ocasionam um aumento de demanda ao pronto-socorro. Em uma das entrevistas, observamos um agendamento de consultas ao pronto-socorro: “– Irei, por este motivo de lombalgia, procurar o pronto-socorro na próxima semana, já combinei com o meu médico...”.

No trabalho de Green, foram relatadas 13 idas ao pronto-socorro em 1.000, e o nosso trabalho, foram 105 por 1000; entretanto, houve divergência sobre os valores encontrados no trabalho publicado por Green, em uma carta resposta ao *The New England Journal of Medicine*, discordando destes valores por estarem subestimados. Na realização da pesquisa de Green, os dados utilizados foram de aproximadamente 43 milhões de visitas ao pronto-socorro por ano, diferente dos dados da *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey*, que relatam cerca de 102,8 milhões de visitas ao pronto-socorro no ano de 1999, o que daria um valor muito maior de idas ao pronto-socorro do que o publicado.⁵⁰

Uma pesquisa mundial de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde e realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, em 2002, avaliou o desempenho dos sistemas de saúde mundiais, incluindo o Brasil. A amostra contemplava 5.000 indivíduos, sendo que 21,2% possuía plano privado. Dos 5.000 entrevistados, 2.396 indivíduos necessitaram de atendimento ambulatorial no último ano, sendo 21% utilizando sistema privado, 60% utilizando o SUS (Sistema Único de Saúde) e 19% utilizando meios particulares; 1.547 pacientes necessitaram ser internados nos últimos 5 anos, sendo 71% pelo SUS, 22,5% por planos de saúde e 6,5% por internações particulares.⁵¹

Nessa pesquisa da OMS, aqui no Brasil, quanto às questões específicas relativas ao estado de saúde nos 30 dias que antecederam a entrevista, o maior percentual de problemas foi encontrado para estado de ânimo, estabelecido por perguntas sobre tristeza e depressão, bem como sobre ansiedade e preocupação: 26% dos participantes relataram grau grave de problemas relativos ao estado de ânimo. O segundo maior percentual de problemas (18%) correspondeu a mal-estar físico ou dores no corpo, seguido por dificuldades no sono, com mesmo percentual. Em seguida, foram evidenciadas dificuldades de concentração e memorização, visuais (de perto ou de longe) e na sociabilidade (participação na comunidade e habilidade em lidar com situações de conflito), com percentuais de 14%, 10% e 10%, respectivamente.⁵¹

Nos dados obtidos da AMS, “Assistência Médica Sanitária 2005”,⁴⁸ o número registrado de internações no ano de 2004 foi de 23.252.613, sendo 7.022.089 em estabelecimentos públicos e 16.230.524 em estabelecimentos privados. Do total de internações, 46,4% pertencem à Região Sudeste; em seguida, à Região Nordeste pertencem 22,6% das internações do País, e 15,8%, à Região Sul. Na Região Norte, a proporção é de 7,5%, e na Centro-Oeste, de 7,7%. Na AMS 2002, foram registradas 19.967.198 internações referentes ao ano de 2001. Em relação a este ano, o número de internações em 2004 aumentou em 16,3%. No período 1998/2001, esse aumento foi de 4,3%. As Regiões Sudeste, com 28,3%, e Norte, com 19,7%, foram as que apresentaram maior elevação no número de internações no período 2001/2004. Na Região Sul, o aumento foi de 7,1%; na Nordeste, de 5,8%; e na Região Centro-Oeste, de 3,9%.

A participação do setor público nas internações é maior nas Regiões Norte (63%), Nordeste (43%) e Centro-Oeste (40%), e menos intensa nas Regiões Sudeste (21%) e Sul (17,2%). Neste setor, o número de internações aumentou em relação a 2001, com exceção da Região Sul que registrou queda de 1,4% no período 2001/2004.

No setor privado, o número de internações caiu somente nas Regiões Norte (15,7%) e Centro-Oeste (10,3%). Na Região Sudeste, o aumento foi de 32,8%. Os estabelecimentos privados que informam prestar atendimento ao SUS são responsáveis por 65,5% das

internações do setor. Na Região Sul, os estabelecimentos do setor privado, que prestam atendimento ao SUS, contribuem com 85,3% do total de internações do setor privado. Nas outras regiões, o percentual é de 78% na Região Centro-Oeste; 77,6% na Região Nordeste; 74,5% na Região Norte; e 51,9% na Região Sudeste.

O número médio de internações por leito passou de 42, em 2002, para 52, em 2005. O crescimento anual desse índice entre 2002 e 2005 foi maior no leito privado (8,8%) do que no leito público (4,3%).

Os estabelecimentos públicos apresentaram maior crescimento desse indicador na Região Norte (11,2%), e o setor privado, na Região Sudeste (13,2%). Quanto à taxa de internação, o número de internações por 100 habitantes no Brasil foi de 12,8. Em 2001, essa taxa era de 11,6. Nas Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, esse indicador foi superior à média nacional e a taxa para essas regiões ficou em torno de 14 internações por 100 habitantes.

Na Região Norte, esse indicador foi de 12,2 e, na Nordeste, de 10,4 internações por 100 habitantes. Entre 2001 e 2004, somente a Região Centro-Oeste apresentou queda relativa de 3,3% na taxa de internação. Pelos parâmetros do Ministério da Saúde, estima-se que de 7 a 9% da população teria a necessidade de internações hospitalares durante o período de um ano, em determinada região. Pode-se constatar nos gráficos no Anexo 3 (Figuras 11 e 12) que, embora se observem algumas oscilações nas regiões e na maioria das Unidades da

Federação, nenhuma delas apresenta índices inferiores aos da faixa preconizada. Os menores índices estaduais de internações por 100 habitantes encontrados, em 2004, estão em: Roraima (7,9), Distrito Federal (8,3), Pernambuco (8,9) e Sergipe (9,3). Entre os que realizaram maior número de internações por 100 habitantes, destacam-se São Paulo (16,5), Goiás (16,5) e Rondônia (15,2).

Parece-nos que, independentemente da forma de utilização de serviços – público, privado ou particular –, as necessidades de utilização permanecem semelhantes. As pessoas sentem sintomas, em geral, comuns, a maioria necessita de cuidados ambulatoriais e pequena porcentagem destes sintomas cursa com internações hospitalares; mesmo assim, estamos com taxa de internação maior do que a preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Muitas pessoas sentiram e apresentaram diversos sintomas em um curto período: 424 pessoas sentiram algo, 148 pacientes apresentaram dois sintomas, 49 pacientes apresentaram três sintomas e 10 apresentaram quatro sintomas no período de 30 dias.

Em outros estudos utilizando diários de saúde – anotações diárias de sintomas e queixas –, observamos um número ainda maior de pacientes, relatando sintomas em um período curto. Em uma pesquisa feita em Glasgow, 86% dos adultos reportaram sentir algum sintoma no período de 2 semanas; nesses estudos, a alta prevalência de sintomas apareceu correlacionada com o aumento de idade, sexo feminino,

desemprego, separação conjugal ou divórcio.⁵² Trabalhos prévios mostraram que a utilização dos serviços varia conforme idade, sexo e raça do paciente. Pessoas acima de 75 anos de idade têm uma taxa maior de idas ao consultório. Mulheres também vão às consultas e aos departamentos de emergência em taxas significativamente mais elevadas, segundo esses trabalhos.³

Em nosso estudo, a presença de sintomas foi maior entre as mulheres (44,2%) do que entre os homens (29%) no período de 1 mês. A procura de consultas foi de 22,3% nos homens e 32,2% nas mulheres. Já a procura pelo pronto-socorro foi bastante semelhante entre os sexos. A exceção é a medicina alternativa, que foi procurada exclusivamente por mulheres.

As faixas etárias que mais tiveram problemas de saúde foram de 30 a 39 anos e de 60 a 69 anos, com 52,9% e 41,8%, respectivamente. A procura por ajuda médica foi maior na faixa de 60 a 69 anos.

As especialidades médicas mais procuradas em nosso estudo foram cardiologia (17%) e geriatria (12%), sendo que os médicos de atenção primária, ou chamados de *case-management* deste convênio, apareceram em terceiro lugar (11%).

Em uma pesquisa sobre as estimativas de atendimento médico nos EUA em 2005, metade (49%) de todas as consultas foram realizadas por médicos de atenção primária em seus consultórios. O restante esteve em consultas com especialistas cirúrgicos (17%), especialistas

clínicos (16%), serviços de emergências (10%) e hospitais secundários (7,7%).⁵³

Durante o ano de 1997, nos EUA, 953,3 milhões de pessoas procuraram serviços médicos (consultas, hospitais ou pronto-socorro). Destas, 82,1% estiveram em consultas, 9,9% estiveram no pronto-socorro e 8% estiveram hospitalizadas.⁵⁴

No ano de 2006, 902 milhões de pessoas visitaram os consultórios médicos nos Estados Unidos. A proporção de doentes crônicos vem crescendo desde 1996; as visitas aos médicos aumentaram em 40% para pacientes diabéticos, em 28% para os hipertensos e em 27% para pacientes com depressão.⁵⁵

Outra pesquisa realizada na Austrália mostra que 45% da população sofrem de doenças crônicas, e o atual sistema de saúde está basicamente desenvolvido para lidar somente com episódios de doenças agudas.³⁰

As queixas que agrupamos no período de 1 mês foram diversas. Em 7º lugar, está um grupo denominado miscelânea, que corresponde a 5,7% de todas as queixas. São sintomas que não puderam ser agrupados por causa da intensa diversidade e inespecificidade.

Na atenção primária, as razões que levam a buscar uma consulta médica são tão diversas que somente a metade consegue ser classificada nos 20 maiores diagnósticos,^{56,57} demonstrando a diversidade do cotidiano do médico generalista, que difere muito de

algumas especialidades, como dermatologia e cardiologia, nas quais os 6 diagnósticos mais prevalentes correspondem a 70 a 90% de todas as consultas.^{58,59}

Encontramos um elevado número de queixas inespecíficas e subjetivas que, muitas vezes, não se enquadram com diagnósticos médicos conhecidos. O mundo do paciente é riquíssimo. A resposta à pergunta “você teve algum problema de saúde no último mês?” mostrou uma elevada proporção de subjetividade: pernas trêmulas, frio, tremores, cansaço, desassossego, tristeza, viuvez. O paciente compreende a saúde por meio do modelo biopsicossocial.

Mas e o ensino médico? Incorporamos ou não o ensino destas queixas repletas de subjetividades e que ampliam a saúde para esses diversos âmbitos? A teoria do modelo biopsicossocial, proposta por Engel em 1980,⁶⁰ mostrando que o nível do sistema de onde se deve partir é sempre a pessoa, já mostra a amplitude deste cuidado, ao contrário do modelo biomédico, em que o ponto de partida é o corpo, a doença com a negligência da pessoa. No modelo biopsicossocial, tudo o que se refere ao paciente também é preocupante ao médico. Estamos, na prática, incorporando este modelo?

A pergunta que retomamos com estes resultados está voltada para o aspecto do cenário educacional. Identificamos as necessidades das pessoas, as queixas que mais as incomodam e onde procuraram auxílio médico, o que nos leva novamente a questionar:

1. Onde estamos ensinamos medicina atualmente?
2. O que estamos ensinando aos nossos estudantes é prevalente?
3. Quem está ensinando o que é prevalente?

5.2 Os Cenários de Prática: a necessidade de incorporar continuidade

“Pensar complicado, mas agir simples.”

(aforismo anônimo)

precisamos ampliar nossas perspectivas para representar as peças de nosso tempo e de muitos outros povos. (...) Para chegar ao apogeu da fama, um ator precisa de algo mais do que apenas seu talento artístico: ele deve ser também um ser humano ideal, (...) capaz de avaliar as questões fundamentais de sua época e de entender o valor representado pela cultura na vida de seu povo, (...) bem como de refletir as inquietações do espírito de seus contemporâneos. (...) Não importa se o cenário é convencional, estilizado ou realista, (...) pois receberemos com agrado qualquer cenário, desde que o mesmo seja apropriado. A vida, em si, é tão complexa e diversificada, que não há variações suficientes de inventividade cênica para fazer frente a todos os seus aspectos. (...) Um ator cresce ao longo do desenvolvimento do seu trabalho. (...) Depois de alguns anos de estudo, aprende a seguir por si mesmo o curso de ação ideal (...) e tendo aprendido a realizar adequadamente o seu trabalho, torna-se senhor de sua arte.

Kontstatin Stanislavski

Estas palavras foram condensadas de diversos escritos de Stanislavski, grande mestre e fundador do Teatro de Arte de Moscou. A evocação metafórica das artes cênicas tem sido recorrente, já que falamos muito de atores e cenários de práticas e ensino médico. Os ensinamentos de Stanislavski ‘caem como uma luva’ para o estudante que, ao ingressar na prática médica – de jaleco, estetoscópio no pescoço, palmtop no bolso – faz o ensaio geral para a prática clínica. É consenso atual que, para se tornar um bom médico, ele terá que aguçar seus atributos humanos. Mais do que apenas conhecimento técnico, ele terá que ser capaz de captar as inquietações de cada paciente, adaptar-se a contextos variados, que, na faculdade, são quase impossíveis de ser previstos. Todavia, ao se tornar senhor da sua arte, ele saberá manter a educação permanente que lhe permitirá crescer continuamente, enquanto trabalhar.⁶¹

Contudo, é preciso ressaltar que, assim como no teatro, onde o ensaio geral é feito no cenário da peça em sua montagem definitiva, na grande maioria das escolas médicas brasileiras, o ensaio geral dos médicos em formação deveria, evidentemente, ocorrer num cenário que representasse o contexto da prática clínica de verdade, mas isto dificilmente acontece. Ao contrário, o doutorando costuma fazer seu treinamento final num rodízio por especialidades, dentro de um hospital, com ênfase em doenças raras, um cenário diferente daquele

em que ele atuará após a sua formatura, onde sua atividade primordial será cuidar de pessoas e da sua saúde.⁶¹

As razões pelas quais os pacientes procuram os serviços de saúde foram empiricamente classificadas como informação médica, assistência psicológica, escuta terapêutica, conselhos gerais de saúde e tratamento medicamentoso.⁶² Percebemos que esta procura é muito mais ampla do que a busca para diagnósticos e tratamentos, o que estamos acostumados a oferecer.

O cenário de aprendizado longitudinal, que apresenta ao estudante o acompanhamento com continuidade, já demonstrou seu benefício em diferentes aspectos.⁶³

Em uma pesquisa qualitativa, estudantes de *Harvard Medical School* identificaram os cenários de continuidade favorecendo o aprendizado porque constrói uma dinâmica integrativa, ajudando o estudante a aprofundar-se nos problemas dos pacientes, e o paciente torna-se o “verdadeiro integrador” das disciplinas:⁶⁴

Esta é uma senhora adorável, de 30 anos, grávida com deficiência de proteína S. Porém, esta definição depende de quem a está vendo. Para o neurologista, ela é “quem apresenta 7 semanas de gestação com cefaleia e deficiência de proteína S”. Para o médico de família, ela é “uma gestante não complicada, sendo anticoagulada diariamente”. Para o médico do pronto-socorro, “ela é uma gestante de 16 semanas que apresentou 2 episódios de sangramento pós-coital”. Para o obstetra, “gestante induzindo o parto devido a oligodrômio”. Para a equipe do pós-parto, “esta é uma menina que nasceu de parto vaginal não

complicado”. Eu vejo esta Sra. em diferentes cenários e, para mim, ela é quem me inspira e motiva a aprender sobre cefaleias, alterações da protrombina, sangramento uterino, oligodrâmnio, partos normais. O primeiro bebê que eu vi nascer pertenceu a uma família que eu conheci por 9 meses.

Estudante de medicina passando no estágio de
continuidade

Em outro estudo multi-institucional avaliando o cenário ambulatorial, as relações interpessoais e o aprendizado de técnicas de comunicação foram apontados como o principal aspecto educacional positivo a ser adquirido nestes cenários.⁶⁵

O estudante não está apto a manejar doenças crônicas e adesão a tratamento, identificar o que é comum, o que é urgente e o que não é. Estes são exemplos de algumas atitudes incorporadas no atendimento ambulatorial e que precisam ser ensinadas.

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

Fora do hospital, as doenças comuns numa comunidade se caracterizam por serem de menor porte, benignas, fugazes e autolimitadas, com acentuada tendência para a remissão espontânea. Sua apresentação clínica tende a ser um tanto vaga e é difícil afixar-lhes um rótulo diagnóstico preciso. Frequentemente permanecem indiferenciadas e não identificadas do começo ao fim do episódio. Muitas vezes, a doença vem acompanhada de problemas sociais, de sorte a exigir uma conduta que simultaneamente faça frente a ambas.⁶⁶”

Um professor de atenção primária da SOBRAMFA – Sociedade Brasileira de Medicina de Família, que atualmente ensina na Faculdade de Medicina de Jundiaí, em seu ambulatório de atenção primária, discute com seus alunos do internato: “Como tratamos fibrilação atrial?”. A resposta é unânime: “No hospital, professor. Revertemos o ritmo e anticoagulamos com Clexane (heparina de baixo peso molecular e alto custo)”. “Qual é o tipo mais frequente de fibrilação atrial?”. “Professor, o que eu mais vi no pronto-socorro é aguda”. Este erro epidemiológico acontece pela falta de exposição ao cenário ambulatorial, porque a maior parcela destas arritmias atriais crônicas, mais frequentes, não estão sendo ensinadas nos serviços ambulatoriais.

Tratar um paciente assintomático que procura o consultório com fibrilação atrial crônica não é o cotidiano do estudante de medicina, que atualmente contempla o diagnóstico e a abordagem terapêutica da fibrilação atrial dentro do ambiente hospitalar, e, na maioria destes casos, aguda. As diferenças estão na medicação administrada, na abordagem do doente com exames periódicos do tempo de protrombina e INR, nas frequentes mudanças de dosagens do anticoagulante e, principalmente, na necessidade de atendimento continuado.

No hospital, há a prescrição da medicação, a administração é feita pela enfermagem, sendo que a função médica é diferente na condução da fibrilação atrial crônica, seguida ambulatorialmente.

Um erro observado está no fato de que o ensino de doenças mais graves pode servir como pré-requisito para abordagem de doenças menos graves, porém mais frequentes. Pensando deste modo equivocado, acredita-se que aprendendo a tratar uma pneumonia hospitalar do paciente internado com fibrose cística, sabe-se tratar uma pneumonia no consultório, o que não é verdade. São ensinamentos, abordagens e tratamentos diferentes, não existe certo ou errado, melhor ou pior, fácil ou difícil. O necessário é que ambos os ensinamentos, priorizando os mais prevalentes, estejam presentes na formação dos futuros médicos.

5.3 O Equilíbrio Necessário: hospitais universitários e ambulatórios

Ninguém discorda que o hospital é provavelmente um dos melhores cenários para introduzir o estudante a anamnese e exames físicos completos. Os estudantes terão diversas oportunidades, principalmente nas enfermarias, de realizar diversos questionamentos aos pacientes e desenvolver habilidades para identificar achados de exames físicos alterados, tornando-se, futuramente, mais seletivos em retirar uma boa história e realizar um exame físico detalhado. Também vão reconhecer e manejar doenças graves e condições agudas, além de manejar equipamentos de alta tecnologia.

Por outro lado, o desequilíbrio há muito existente entre o ensino hospitalar e o ambulatorial tem trazido diversas consequências negativas. Como os estudantes estão expostos a uma população previamente selecionada com doenças raras e complicadas e estão com os melhores exemplos atípicos das apresentações das doenças comuns, isso cria um cenário de difícil interpretação e diferenciação do que é real e o que a sociedade médica entende por sintomas e problemas de saúde.

Em um seminário organizado pela Organização Mundial da Saúde sobre os Hospitais Universitários (HU) de 22 países, avaliou-se que essas instituições estão crescentemente inadaptadas à realidade do setor saúde, sendo que os HU representam uma parcela importante do gasto total com saúde, que pode variar de 4,5% (Colômbia) até 21% (Coreia). A média dos países europeus, onde foram levantadas as informações, situa-se entre 7 e 12%. Os leitos do HU representam entre 5% (Japão) e 21% (Coreia) do total de leitos do país e a participação no total de gastos hospitalares pode variar de 9% (Colômbia) a 40% (Coreia). Assim, ao utilizarem tecnologia e envolverem ensino e pesquisa, seu peso na despesa com saúde é o dobro de sua participação no volume de atendimento. São, portanto, hospitais caros.⁶⁷

O ensino hospitalar tende a concentrar-se em fatores biológicos. Os estudantes são acostumados à “noção de que o corpo humano é uma máquina, a doença é uma causa de mau funcionamento da

máquina e os médicos são os que consertarão a máquina”. Esta visão é muito restrita, porque evidências científicas já transcendem o modelo biomédico, demonstrando dúvidas da capacidade deste modelo em explicar uma variedade de fenômenos associados com a saúde e a doença. Os estudantes precisam estar expostos a modelos de cuidados diferentes e ser ensinados adequadamente, integrando o físico, o social e os aspectos psicológicos na prática clínica.⁶⁸

Em 2004, no *British Medical Journal*, publicou-se outra pesquisa comparando os benefícios do ensino em ambientes hospitalares terciários e na comunidade. O artigo descrevia 371 estudantes que realizaram uma avaliação no seu último ano de faculdade. Foi realizada uma comparação de notas (escore em %) para os alunos que passaram nos hospitais terciários, secundários e serviços ambulatoriais na comunidade. Os achados demonstraram que as notas dos alunos não foram melhores por terem passado em um hospital terciário.⁶⁹

Outro estudo randomizado comparou o desempenho dos estudantes de medicina adquirido nos cenários de atenção primária com os hospitais. Na Universidade de Londres, 225 estudantes foram analisados sobre se adquiriam habilidades clínicas, capacidade de realizar anamnese, exame físico e técnicas de comunicação, conhecimento suficiente para entender e aplicar estas habilidades e atitudes profissionais apropriadas. No primeiro semestre, os resultados não mostraram diferenças na aquisição destas habilidades nos dois

cenários; posteriormente, os estudantes ensinados em atenção primária apresentaram discreta melhora na aquisição das habilidades analisadas ($p= 0.007$).⁷⁰

Em uma revisão sistemática publicada no *Academic Medicine*, 101 artigos foram analisados para avaliar o aprendizado no cenário ambulatorial. O aprendizado adquirido nestes cenários foram listados como: cuidado de atenção primária especialmente em doenças crônicas, observação da história natural da doença e progressão das doenças por meio do cuidado continuado, prática de estratégias de promoção e prevenção de doenças, desenvolvimento de habilidades de comunicação e negociação com os pacientes e para lidar com aspectos sociais, financeiros e éticos do cuidado médico.⁷¹

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

para descartar tumor, já que pensa sempre em zebras, em vez de cavalos.⁷²

A maioria dos hospitais trata os pacientes em seus episódios agudos, como episódios de doenças cardíacas, câncer e outras. O serviço hospitalar é essencial para o tratamento dessa fase aguda, mas já apresenta limitações evidentes em estágios avançados e finais das doenças, como os pacientes em cuidados paliativos.

Neste século, o cuidado em estágios avançados de suas doenças, também está sendo realizado basicamente dentro dos hospitais ou nas UTI (Unidades de Terapia Intensiva). Esse aumento acontece, em parte, por modificações sociais, em que as famílias sentem-se mais incapazes de realizar os cuidados ao paciente, mas principalmente pela ênfase na medicina atual em ser curativa, buscando sempre a causa diagnóstica. Morte por causa natural é um indicativo de ignorância médica que a medicina moderna, infelizmente, está buscando eliminar.³⁰ O exemplo do cuidado a pacientes terminais somente realizado nos hospitais é apenas uma das diversas possibilidades de demonstrar que precisamos melhorar a formação médica para responder às necessidades das pessoas.

Por somente conhecer o hospital, no mercado de trabalho atual, muitos pacientes são internados por não terem outras possibilidades de acompanhamento ou porque o médico sente-se mais seguro em tratar o doente no local onde ele aprendeu. Tal fato conduz à superpopulação

dos hospitais, repletos de doentes crônicos que não precisariam necessariamente estar internados.^{73,74}

O idoso que é admitido muitas vezes no hospital descompensa de suas doenças crônicas, sendo submetido a riscos relacionados à assistência, como o infeccioso. Para os hospitais de alta complexidade, a internação prolongada de doentes crônicos, restritos ao leito e portadores de sequelas, representa um problema de gestão.⁷⁵ Em um trabalho publicado por Steinweg em 2008, reconhecendo as diversas falhas ao cuidado do paciente idoso, utilizou-se o modelo da ecologia no cuidado médico para demonstrar que o idoso apresenta um número maior de queixas e utiliza outros serviços de saúde, como casas de repouso, atendimento domiciliar e serviços de cuidados paliativos. Com este trabalho, foi proposto o aprendizado nestes cenários de continuidade que correspondam à necessidade do paciente idoso, conforme o modelo da ecologia demonstrou ser necessário.⁷⁶

A intenção não é argumentar para terminar com o ensino hospitalar. O ideal é que o estudante aprenda em diferentes cenários, ou seja, hospitais e ambulatórios. O ensino no hospital tem a sua grande importância, como já discutido, principalmente em reconhecer e manejar doenças graves e urgências. O necessário é incorporar novos cenários de aprendizado sem perder os benefícios já obtidos com o ensino dentro dos hospitais. Devemos lembrar que, na verdade, os estudantes aprendem mesmo é com os pacientes, independentemente

do local onde estejam,⁷⁷ e sobretudo que os estudantes precisam de pacientes e bons professores.

5.4 O Que Ensinamos? Abordagem dos Sintomas Prevalentes na Formação do Estudante: o mundo do paciente

“Doenças raras são raras.”

(aforismo anônimo)

O “*iceberg* da morbidade”, descrito no artigo por Verbrugge,⁷⁸ comenta sobre o aumento atual da longevidade e o fato de as políticas de saúde estarem redirecionando suas estratégias de expectativa de vida para a qualidade de vida. Deixam de enfatizar somente os problemas que estatisticamente causam impacto de morbidade e passam a incluir a maioria dos sintomas que incomodam o doente, que muitas vezes são tratados pelos próprios pacientes, com medicações caseiras ou alternativas, ou se resolvem sozinhos, porém não deixam de incomodá-lo.

Quando analisamos os 35 grupos de sintomas e queixas encontrados no período de 1 mês, 33 destes grupos não causam impacto de mortalidade ou gravidade; são problemas e sintomas que incomodavam os pacientes, mas que os médicos, por vezes, não dão importância clínica. A dor foi um dos sinais clínicos mais encontrados:

dor nos membros (10%), nas articulações (6%), lombar (8%), dor de cabeça (6%). Em segundo lugar, observamos a fadiga, o cansaço, o mal-estar e a indisposição (10%).

Dunnell e Cartwright perguntaram sobre a presença de sintomas nas duas últimas semanas em adultos. Os sintomas mais prevalentes foram: cefaleia (38%), tosse (32%), dor articular e muscular (29%), lombalgia (21%) e sintomas emocionais (21%).⁷⁹ Em *Los Angeles Health Survey*, foram analisados os sintomas no último ano (foram entrevistados a cada 6 a 8 semanas), e os relatos obtidos foram: problemas respiratórios em 37% dos casos, problemas musculoesqueléticos em 21%, seguidos de problemas digestivos (15%).⁸⁰ Brody e Kleban⁸¹ perguntaram sobre problemas que sentiram no dia anterior. O mais frequente foi fadiga/mal-estar, presente em 65%, e dor (63% de qualquer tipo, 47% de extremidades).

No estudo *Health Detroit Study*,⁴⁹ os adultos relataram seus sintomas utilizando diários prospectivos em 6 semanas. Os problemas respiratórios foram os mais frequentes nos adultos, seguidos dos problemas musculoesqueléticos. Posteriormente, observou-se: fadiga, fraqueza, cefaleia, problemas do trato gastrintestinal e alterações psicológicas. Nesse período de 6 semanas, as mulheres apresentaram sintomas em 43% do tempo e os homens, 31%. Pelo fato de a maioria desses sintomas ser condições não fatais na vida diária, o “iceberg da morbidade” engloba sintomas que não envolvem risco de morte e, por

isso, muitas vezes, não chamam a atenção dos profissionais da saúde, mas estão afetando a vida, a saúde, o desempenho diário e os sentimentos das pessoas em centenas de dias de suas vidas. Portanto, se estamos pensando em qualidade de vida, mais atenção precisa ser dada a esses sintomas não fatais.

Uma pesquisa envolveu 4 países diferentes – Japão, Estados Unidos, Polônia e Holanda – e comparou as razões que levaram os pacientes a procurar a consulta médica, os diagnósticos e intervenções realizadas. Foram analisados 10 médicos holandeses com 48.640 pacientes por ano (1995-2000), 6 médicos japoneses com 17.082 pacientes por ano (1996-1999), 22 médicos poloneses com 11.315 pacientes (1997-1999) e os dados norte-americanos foram retirados do *National Ambulatory Care Survey* (1995-97), com 30.991 pacientes por ano. Mesmo em regiões totalmente diferentes, encontrou-se uma semelhança nos 30 diagnósticos frequentemente encontrados, mais significativas nas queixas dos pacientes do que nos diagnósticos médicos realizados. Esta semelhança “surpreendente” reforça que as necessidades dos pacientes são muito semelhantes, e não diferentes de uma região geográfica e cultural para outra. Os pacientes procuraram os médicos por sintomas e queixas muito semelhantes que não deixaram de ser individualizadas e, certamente, é necessário atentar à formação nestas queixas frequentes.⁸²

Quando levantamos os 35 grupos de doenças e sintomas encontrados, observamos que estes não estão no enfoque do ensino médico. As queixas mais prevalentes – dor nas pernas e nos membros, cansaço e fadiga, mal-estar, lombalgia, cefaleia, dores articulares difusas, infecções respiratórias em adultos, falta de ar, alterações de exames laboratoriais, queixas inespecíficas sem correlação fisiopatológica, como tristeza, viuvez, língua mole, halitose – são muito pouco discutidas durante a formação.

Um comentário de um estudante do 6º ano da faculdade de medicina é que, em sua graduação, teve diversas aulas em reumatologia sobre doenças do tecido conectivo, porém poucas sobre dores articulares e lombalgia; o mesmo aconteceu na infectologia, onde teve diversas aulas sobre blastomicose, e nenhuma sobre gripe.

Tradicionalmente, considera-se o bom aluno aquele que tem estudo e domínio nos livros mais tradicionais de clínica médica, como o Harrison e o Cecil, que são atualmente os mais utilizados.

Para ilustrar a necessidade do estudo destes sintomas, analisamos o conteúdo dos tradicionais livros de clínica médica utilizados no ensino médico. Foram analisados aleatoriamente os seguintes livros: Tratado de Medicina Interna Harrison (2008), Tratado de Clínica Médica Cecil (2005), Tratado de Clínica Médica A. C. Lopes (2009), *Current Medical Diagnosis & Treatment Lawrence* (2001) e Clínica Médica Milton Arruda Martins e colaboradores (2009) Um dos

sintomas mais frequentes – por exemplo, lombalgia – é abordado em 4 a 14 páginas; dor em membros corresponde a 0 a 4 páginas do total. O segundo sintoma mais frequente – fadiga/mal-estar – é abordado em 2 a 4 páginas dentre todo o conteúdo dos livros selecionados. Os sintomas inespecíficos que os pacientes apresentam em 7º lugar na ordem de frequência não estão em nenhuma página destes livros. Há necessidade de incorporarmos em livros consagrados o que é importante para o cuidado de nossos pacientes.

É necessário valorizar o ensino na abordagem de sintomas, no modo como a doença se apresenta em sua fase inicial, e dedicarmos proporcionalmente o ensino nestas queixas, assim como abordamos as raridades, as doenças de alto impacto de morbimortalidade.

Quando abordamos o estudo de doenças e queixas prevalentes, atualmente as comorbidades e as doenças crônicas não podem ser esquecidas, pelo grande número atual de pacientes crônicos.

Outro tema de destaque deve ser o ensino de cuidados paliativos e o médico perante a morte, já que esta é uma habilidade que todo o médico deve ter, uma vez que, sabidamente, todos os pacientes passarão por isso. Como o cardiologista tratará a insuficiência cardíaca grave, com FE < 20% sem indicação para transplante, com todas as drogas otimizadas, quando pensar em cuidados paliativos? Quando a geriatria pensará em cuidados paliativos para o paciente com demência avançada? Isso acontecerá por diversas vezes, desde que continuemos

acompanhando nossos doentes. É um tema que precisa ser discutido com os futuros médicos.

O sofrimento e a morte são ocorrências naturais da vida humana com as quais todo médico se depara com frequência em sua atividade prática. Muitas vezes, a morte é vista como uma derrota, um fenômeno que atrapalha o exercício e o êxito profissional. Não é incomum o médico não contar com a morte como uma possibilidade real a ser administrada. De acordo com essa visão, a morte é apenas uma circunstância infeliz que surge e impede a “brilhante” atuação médica. Temos observado alguns médicos dotados de grande conhecimento científico e capazes de utilizar alta tecnologia, mas que, explícita ou implicitamente, parecem abandonar os pacientes incuráveis, perante os quais os conhecimentos técnicos não funcionam. São médicos de “carros zero km”, corredores de prova a quem, no entanto, falta fôlego para administrar situações prolongadas, incômodas, insolúveis do ponto de vista estritamente técnico. Temos observado que a ideia de que não há nada a fazer para os pacientes terminais está, de alguma forma, arraigada em alguns médicos e estudantes de medicina. No entanto, acreditamos que a experiência clínica com tais pacientes é essencial em educação médica, uma vez que tais situações são inevitáveis na prática diária.⁸³

5.5 O Mundo do Paciente: *illness* X *disease*

“Seres humanos são biográficos”

L R Londres

“The central tasks of a physician’s life are understanding illness and understanding people.”

Ian R McWhinney

Podemos afirmar que 60% dos problemas trazidos pela população geral aos serviços de saúde não podem ser caracterizados como “doenças”. São problemas dos pacientes, preocupações, sintomas e condições variadas, desde sociais e psicológicas, que chegam diariamente ao médico e que não conseguimos encontrar um diagnóstico claro e definido.⁸⁴

A diferença de abordagem entre *illness* e *disease* foi explicada por Blasco no livro *Princípios da Medicina de Família*.¹⁷ A doença (*disease*) é da competência da patologia e da fisiopatologia, sendo o foco atual da medicina. A enfermidade (*illness*) é estar doente, sentir-se doente, como o paciente se sente e vive sua doença, as percepções e sensações que, por vezes, não revelam mecanismos fisiopatológicos, mas requerem do médico uma visão mais antropológica e humanística da ciência médica.⁸⁵

É importantíssima a distinção entre a doença – aquilo que os médicos estudam – e o estar doente – a vivência da doença por parte do

paciente. A distinção que o idioma português nos traz entre doença e enfermidade é sublinhada no inglês quando se distingue *disease* (doença) de *illness* (estar doente, enfermidade). Se o médico não atinge o mundo do paciente, lidará apenas com uma doença, sem chegar no paciente em si, que é onde a doença realmente existe, personalizada em alguém. Esta compreensão do fenômeno da doença exige do médico uma metodologia que requer novas formas de abordagem do paciente.⁸⁶

A metodologia “*patient centered medicine*” ou “medicina centrada no paciente” tem se tornado um “mantra” na medicina e na educação médica desde a publicação de Stewart,^{87,88} e certamente isto acontece por bons motivos. É a partir desses e de outros trabalhos que, em 1995, os autores propuseram a medicina centrada no paciente como uma transformação do método clínico. Os componentes deste método são definidos em:

1. Exploração e interpretação pelo médico, da doença (*disease*) e da experiência de adoecer (*illness*), sendo que o *illness* é dividido em 4 dimensões: o sentimento de estar doente; a ideia a respeito do que está errado; o impacto do problema na vida diária; e as expectativas sobre o que deveria ser feito.
2. Entendimento holístico da pessoa.

3. A busca de objetivos comuns – “*commom ground*” – entre médico e paciente a respeito do problema ou dos problemas e sua condução.
4. A incorporação de medidas de prevenção e promoção de saúde.
5. Intensificação ou melhora da relação médico-paciente.
6. Ser realista (viabilidade em termos de custo e tempo).

A saúde passa a ser determinada pela interposição de dois fatores, um baseado em toda a experiência médica (*disease*) e outro em toda a experiência do paciente, ou seja, todo o contexto de sua doença. Para pensar em saúde, precisamos avaliar estes dois fatores, doença (*disease*) e enfermidade (*illness*). Neste contexto, o paciente adquire uma significativa responsabilidade em promover sua própria saúde, e parte da função do médico é assegurar que o paciente entenda esta responsabilidade, função esta que deverá ser ensinada aos estudantes.¹⁷

Analogia semelhante é feita por McWhinney sobre as “abstrações”. Ele explica em seu artigo *The importance of being different*:

Tenho dificuldade em pensar em doenças isoladamente e separar as doenças das pessoas que as têm. Isto reflete a relação íntima entre o médico; quanto mais próximos estamos da pessoa, torna-se mais difícil pensar em nossos pacientes como membros de uma classe, e sim o tornamos *sui generis* e único.¹⁴

Quando classificamos, muitas vezes nos distanciamos da experiência. No romance *O nome da rosa*, de Umberto Eco, quando Willian explica para Adilson como ele identifica o cavalo, ele diz:

se você vê algo à distância e não entende exatamente o que é, pode defini-lo como um animal, mesmo que não saiba se é um cavalo, ou uma mula. E quando você se aproxima, já se torna capaz de identificá-lo como um cavalo, mesmo que ainda não saiba a cor, as diferenças, as particularidades, e somente quando estiver em uma distância bem próxima, você verá que ele é Brucellus – o seu cavalo.

Quanto mais próximos estamos, mais conhecemos sobre a singularidade e o particular. Quanto maior a distância, maiores as abstrações.³ A medicina atual tem se distanciado muito do paciente/indivíduo e vemos muitas abstrações (distâncias) dos nossos pacientes.

Quando olhamos de perto, cada paciente torna-se diferente. É no cuidado ao paciente que o conhecimento do particular se torna crucial. Cuidar está na atenção aos detalhes. Sem dúvidas, precisamos também de nossas abstrações para cuidar de nossos pacientes, especialmente para identificar as causas e o uso de tecnologias. A integração desses

dois tipos de conhecimento, ou seja, a habilidade de enxergar o universal no particular, torna-se fundamental. Podemos sofrer penalidades quando priorizamos mais um lado do que o outro. Médicos muito centrados no particular correm o risco de se perder, e médicos muito centrados nas abstrações correm o risco de não valorizar a experiência do paciente e deixar um vazio de sentimentos sobre por que motivo o paciente está sofrendo.

A arte médica está em decadência, como cita McWhinney, porque estamos saturados de preocupações com a categorização das doenças dos pacientes, e nos esquecemos de como é fundamental o entendimento e o manejo da doença personalizada em uma pessoa doente e o relacionamento entre pacientes e médicos.¹⁴ McWhinney exemplifica por meio da metáfora entre o mapa e o território. Podemos conhecer um território estudando o seu mapa, que foi construído usando-se diversas abstrações, valorizando umas coisas e ignorando outras. O mapa ajuda a encontrar o caminho, porém conhecer o território pelo mapa não é o mesmo que percorrer o território. Um nativo conhece o seu território porque se sente parte dele, o seu conhecimento é visceral. Nós não conseguimos experimentar a beleza ou o terror de escalar uma montanha vendo um mapa. Temos um desejo em fazer diagnósticos com base em belas radiografias ou tomografias, mas isso não é o mesmo que o sentimento da experiência

de nosso paciente. Nas universidades modernas, abstrações tornaram-se supremas.

Os médicos vivem em dois mundos. Um consiste na tecnologia e na racionalidade com contínua renovação científica. O outro, menos definido, inclui sentimentos, valores e contexto da enfermidade e das experiências de vidas dos pacientes. A educação médica deve atender a esses dois mundos e ajudar os estudantes a expor suas dúvidas e expectativas e construir habilidades técnicas.⁸⁹

O paciente sabe distinguir se o médico consegue chegar ao seu mundo, se está realmente fazendo um esforço para ver a doença do seu ponto de vista, de paciente. E o julgamento do paciente é certo e implacável. Dizia Osler que mais importante que aquilo que o médico faz é o que o paciente pensa que o médico faz. Pode ser um argumento subjetivo, aparentemente pouco científico, mas é o que, no fim, acaba regendo esta relação que pretendemos humanizar.

Um estudioso do tema do relacionamento⁹⁰ afirma que a experiência da doença nos reduz a uma dependência de crianças. Necessitamos ser cuidados e de alguém que nos tire a dor da doença e a dor que a incerteza provoca. O homem doente requer uma explicação sobre a dor que lhe lembra sua condição mortal. A medicina atual delega responsabilidades, distribui trabalhos, procura eficácia. Entram em jogo equipes, normas e códigos, cuja efetividade ninguém questiona, mas, quando mal conduzidos, são uma verdadeira ameaça para o

relacionamento pessoal com o paciente. O que o médico não pode fazer é delegar uma função que lhe cabe e na qual o paciente faz questão de apostar, o que demonstra por meio de suas atitudes. Atitude de confiança perante a qual o médico deve responder à altura. Em frase conhecida, uma confiança perante uma consciência, representando o núcleo da relação médico-paciente.⁹¹

McCormick,⁹⁰ analisando em seu artigo o desaparecimento do médico pessoal, conclui que conhecer a pessoa que tem a doença é pelo menos tão importante como conhecer a doença que aquela pessoa tem. Como o paciente é um bom diagnosticador do relacionamento com o seu médico, sente-se mais seguro com um médico sábio do que com um médico treinado artificialmente. Sabedoria, pois, que é conhecer a pessoa para nela investigar a doença, aspecto essencial neste relacionamento que se deseja humanizar.

O médico tende a separar o paciente da doença. A doença manifesta-se por meio do paciente, que funciona como uma luz translúcida sobre a qual a doença é projetada. Por isso, o modelo científico atual requer que o paciente seja um objeto de observação e medida, o que ofusca o cuidado e todos os demais aspectos essenciais da relação entre médico e paciente.

A ênfase na doença (*disease*) é corroborada por Harrison em *Princípios de Medicina Interna*. Os passos no processo do pensamento do médico ao buscar um diagnóstico estão na recordação dos sintomas

e sinais do paciente, na consideração de que várias doenças podem dar origem a estes sintomas e na utilização efetiva de mensurar, confirmar ou alterar as primeiras impressões e, com isso, confirmar um diagnóstico. Pacientes apresentam-se com sintomas, não com diagnósticos.⁹²

A segunda queixa mais encontrada em nosso estudo foi o mal-estar. “Sentir-se mal” é uma frase extremamente subjetiva. O que significa mal-estar, quantas hipóteses diagnósticas podem ser feitas com este sintoma, e como vamos tratá-las? E quem vai tratá-las e ensinar esta abordagem aos estudantes? Blasco relata em seu artigo:

Certa vez, uma senhora me perguntou ao sair da minha consulta: “Que sintomas eu devo sentir para que possa me atender?” Respondi: “Pode me procurar sobre o que queira. Eu cuido de pessoas, não se preocupe com os seus sintomas”. Como dizia um professor antigo, somos médicos de passar mal. Quando as pessoas sentem dor de cabeça, procuram um neurologista, se sentem dor no peito, procuram um cardiologista, e dor lombar pode ser um ortopedista ou um reumatologista. Porém, se as pessoas sentem-se mal, quem procuram? Estar aberto para qualquer consulta e com disposição “independente do que entrar por esta porta”.⁹³

É neste enfoque que o estudante de medicina precisa estar inserido.

Falhas nos sistemas de saúde repercutem em confusões de cenários para tratamento das queixas dos pacientes. Chega ao pronto-socorro uma diversidade de queixas não urgentes que poderiam ser

agendadas. Por exemplo, a mãe que procura o pronto-socorro infantil por dúvidas de puericultura e acorda o estudante ou o residente plantonista para esclarecimento dessas dúvidas, ou portadores de sintomas crônicos que buscam um tratamento no pronto-socorro, cenário inadequado para queixas ambulatoriais. Por vezes, culpamos o paciente por cometer tais “erros”, mas por que será que o paciente procura outro cenário? O que estamos fazendo durante as consultas que não transmitimos confiança aos pacientes? Será culpado o paciente, ou o sistema, que deixa de valorizar as necessidades do doente e não se adapta para atendê-las?

No processo de cuidar e de curar, situado no âmago da atuação médica, deve-se lembrar que o protagonista é sempre o paciente, e não o médico. De qualquer forma, é bom recordar que o médico, o bom médico, pode aspirar, no máximo, a ser um bom coadjuvante no processo. O ator principal é sempre o paciente, mas a função de coadjuvante não pode fazer perder de vista o que denominamos postulado fundamental da Medicina de Família: “Perante a doença, o único profissional é o médico. A família e o paciente são sempre amadores”. Quer dizer, é do médico de quem devemos esperar uma atitude profissional na situação que nos envolve, e não do paciente nem da família. Traduzindo em exemplos do dia a dia: não existe o paciente complicado, a família difícil de lidar, pacientes que procuram o médico por “bobagens”; coisas simples de serem resolvidas são desafios para o

médico que, com seu profissionalismo, deverá dirigir a situação. O paciente que não adere ao tratamento, que não confia no profissional ou a família insegura são, embora seja penoso reconhecê-lo, resultado de falta de competência do médico que não soube conduzir-se com a atitude correta.⁹⁴

O problema está na fragmentação, exemplifica K. Stange no editorial do *Annals of Family Medicine*. Ele conta a história de um homem saudável que procurou diversos médicos tentando encontrar a causa de seu cansaço. Sua queixa era fadiga. Cada médico olhou profundamente em cada órgão no qual era especialista. Cada médico fez os últimos exames de sua especialidade. Cada médico prescreveu as medicações e os conselhos mais recentes de suas áreas. E o paciente, a pessoa, ficou cada vez pior. Ele estava no comando de sua própria saúde, ele comprou o que havia de melhor, comprou “*commodities*”, mas, ao final, a sua fadiga permaneceu e ele sentiu-se mais sozinho. A experiência deste senhor é o contrário do significado de cuidar. Cuidar requer relacionamento baseado em confiança, esperança e sensação de ser conhecido. Entretanto, os sistemas de saúde não realizam o cuidado, não fornecem relacionamentos. O que os sistemas oferecem são “*commodities*” que podem ser vendidos, comprados e quantificados, enquanto o todo, a pessoa como um todo, todo o sistema, todas as comunidades, permanecem cada vez piores. A fragmentação é o coração da ineficácia.⁹⁵

Infelizmente, este equilíbrio entre generalista e especialista não pode ocorrer somente no setor filosófico e acadêmico, e deve ser transportado também para o financeiro. O tempo gasto para ouvir um paciente e explicar-lhe sobre a sua doença; a sabedoria e a experiência do médico em lidar com problemas interpessoais, familiares, estresse e problemas ocupacionais; a realização do cuidado no cenário ambulatorial, com terapêuticas baseadas em evidência; a realização de uma abordagem focada nos problemas do paciente – enquanto isto não for financeiramente recompensado, é improvável que muitos estudantes aceitem esta ideia e continuem atraídos pelo atendimento especializado e melhor remunerado pelos procedimentos.⁹⁶

Muitas vezes, o médico deseja diagnosticar, prescrever, solicitar exames laboratoriais ou encaminhar o paciente; já o paciente quer do médico explicação sobre os seus sintomas, sobre a ligação dos desequilíbrios do corpo e a necessidade de modificação de estilo de vida⁹⁷. Essa discrepância entre o que o paciente espera de seu médico e o que os médicos fazem por seu doente deve ser reduzida com a aquisição de habilidades adquiridas na formação do futuro profissional, pois certamente são características que podem ser aprendidas.

5.6 Abordagem dos Sintomas Inespecíficos

“Cada civilização define suas próprias doenças. O que é moléstia numa época, em outras pode passar por anomalia cromossômica, crime, santidade ou pecado.”

I. Ilitch

A prevalência de sintomas médicos inexplicáveis em atenção primária é elevada. Cerca de 20% dos pacientes apresentam sintomas sem associação com explicação fisiopatológica e, dentre todas as patologias de atenção primária, 77,7%⁹⁸ estão restritas apenas a uma única consulta médica, sugerindo que a maioria desses sintomas inespecíficos desaparece espontaneamente. Para o acompanhamento e o manejo desses sintomas que não se perpetuam, é imprescindível a competência do médico, para não onerar o paciente, a família e os sistemas de saúde.

Os médicos consideram estes pacientes um “problema”, porque requerem dedicação, causam frustração e são difíceis de ajudar, e observa-se frequentemente uma desproporção na utilização do uso de recursos de saúde para tratar destes pacientes.⁹⁹

O estudante aponta a dificuldade de integrar conhecimentos, de valorizar o que não é raro ou que não tem correspondência fisiopatológica constatada, a dificuldade de entender o mundo do

paciente, as razões inespecíficas e que nos parecem abstratas e que fazem o doente procurar ajuda. Há uma supervalorização acadêmica do médico bom diagnosticador, mas que não lida com o lado humano.

O mundo do paciente é muito diferente dos livros e os sintomas que apresentam muitas vezes não se encaixam. Por exemplo, o paciente procurou o consultório porque se queixava de “coceira da língua”. Como lidar com isso? Parece simples, mas o que responder? Não parece grave, nem causa impacto de mortalidade. Deve ser levado em consideração, deve-se abordar e ensinar ao estudante como lidar com estas queixas inespecíficas? É a primeira pergunta que se faz, e a resposta é sim: devemos tanto cuidar quando ensinar a lidar com isso.

Kloetzel descreve, em seu livro, os diagnósticos diferenciais de halitose, uma queixa que incomoda o doente e que, por vezes, aos olhos da ciência médica, não é levantada como preocupação. Mesmo uma queixa trivial para a maioria dos médicos, considerada pouco interessante, não deve ser posta de lado sem antes explorar as diferentes alternativas ao diagnóstico diferencial.⁶⁶

Ian McWhinney relata a dificuldade de separar em seu paciente o que é da mente e o que é do corpo. No estudo das patologias, já dizia que era impossível o tratar despersonalizado, o qual, de certa forma, deixa de lado o que não se compreende fisiologicamente, como se não fosse da área do médico entender os sintomas, ou seja, o que realmente está incomodando o paciente.³

Quando se pergunta ao paciente se algo o incomodou no último mês, a resposta muitas vezes é surpreendente: “Sim, algo me incomodou: fiquei viúva!”. Outras queixas como essa, que classificamos como miscelânea pela dificuldade em agrupá-las, foram língua mole, frio nas mãos, susto, irritabilidade com barulho, sintomas que incomodaram o paciente no último mês e o levaram a buscar auxílio médico. O mundo do paciente é riquíssimo, e o que o incomoda muitas vezes está muito distante do que os médicos estão atentos.

Em um artigo analisando a satisfação dos pacientes mediante a abordagem destas queixas, demonstra-se estatisticamente que a comunicação entre médico e paciente é o fator primordial para esse sucesso. Tal satisfação está relacionada ao fato de o paciente ser levado a sério pelo seu problema inespecífico, se é discutida, entre médico e paciente, a possibilidade ou a não necessidade de exames laboratoriais diagnósticos, os quais não sendo necessariamente solicitados, já tranquilizam o doente, aumentando sobremaneira a satisfação desse paciente com o seu médico, uma vez que exista confiança.¹⁰⁰

Estudo qualitativo avaliando os médicos que lidam com estes sintomas inexplicáveis reforça a construção de um relacionamento extenso e contínuo entre médico e paciente como a principal estratégia para cuidar destes pacientes.^{100,101}

Um pressuposto da medicina é que os problemas de saúde se apresentam por meio de sintomas subjetivos acompanhados de achados

objetivos. Tais achados objetivos são supostamente a chave do diagnóstico, que explica os sintomas e determina o tratamento. Não é tarefa fácil promover, nos residentes/estudantes, conhecimento e habilidades necessárias para avaliar pacientes que apresentam sintomas, principalmente quando os achados objetivos estão ausentes.¹⁰² O tradicional método de ensino centrado na doença parece ser inadequado para o entendimento do significado desses sintomas.

Sintomas inespecíficos, especialmente crônicos, acarretam dificuldades de relacionamento entre médico e paciente e podem contribuir para o surgimento de sensações de raiva e falta de esperança. Sabemos que uma grande proporção de pacientes nos cenários de atenção primária não consegue adquirir um diagnóstico claro e preciso, e o tratamento não é tão evidente. No cenário clínico, os sintomas são os diagnósticos mais prevalentes do que as doenças em si; somente 1 de 8 pacientes recebe o diagnóstico de uma doença como causa dos sintomas.¹⁰³

Os diagnósticos de sintomas são mais facilmente aceitos para condições agudas ou de severidade intermediária, como febre, diarreia e dor de estômago, onde o objetivo do diagnóstico está em determinar a gravidade da condição e determinar se algo poderá ser feito. No entanto, nas condições crônicas, como dores articulares e fadiga crônica, a presença destes sintomas como diagnósticos pode fazer parecer que o médico não está entendendo onde está o problema. A cultura

hierárquica da medicina já determina um “baixo *status*” para estas condições. Os pacientes incomodam-se porque os médicos não estão levando seu problema a sério, em razão do ceticismo médico, e percebem a insistência destes em procurarem a presença de uma doença psiquiátrica nestas condições.³

Frequentemente, utilizamos o termo somatização como o processo de traduzir as emoções para sintomas físicos, termo este não muito apropriado, porque sugere que algo anormal está acontecendo e torna o paciente agente desta anormalidade, o que torna o paciente moralmente responsável por sua própria doença. A ideia da somatização tem um potencial de colocar o médico e o paciente em conflito. Sabemos que é normal sentir emoções através do nosso corpo. O problema não está em nosso corpo expressar estas emoções, e sim na incapacidade do paciente em estabelecer conexões entre as sensações físicas e as emoções.³

“Toda comunicação precisa de um contexto... sem contexto não há significado”, escreveu Gregory Bateson, e uma das maiores dificuldades para os médicos é conhecer o contexto a ser utilizado para “desvendar” a mensagem do paciente. O contexto que aprendemos nos cursos de medicina é classificar as doenças de acordo com uma patologia orgânica. E se os pacientes estão utilizando os sintomas como uma forma indireta de comunicação para expressar um problema de vida, o médico deve identificar este contexto como um problema

pessoal. O problema é que, se o médico decodificar o contexto do paciente sempre como uma patologia física, poderemos ter como resultado um diagnóstico incorreto.

Abordar corretamente essas queixas, entrar e compreender a dimensão subjetiva do que incomoda o paciente também é uma forma de estabelecer uma relação de custo-efetividade com o sistema, investindo em comunicação entre médico-paciente, poupando recursos financeiros em exames laboratoriais e consultas com diversos especialistas por causa de sintomas que precisam ser acompanhados atentamente.

5.7 Watchfull Waiting – Espera Atenta

“O que as pessoas mais desejam é alguém que as escute de maneira calma e tranquila. Em silêncio. Sem dar conselhos (...) A gente ama não é a pessoa que fala bonito. É a pessoa que escuta bonito.”

R. Alves, em *O amor que acende a Lua*

O não fazer nada – não pedir exames, não dar medicações – também é considerado um tratamento. O não fazer em excesso e acompanhar o doente é uma conduta. O que chamamos de conduta expectante, porém, não significa dispensar o doente do consultório e deixar que ele resolva o problema. Significa, sim, que os sintomas do

paciente serão acompanhados. Esse termo é traduzido pelos norte-americanos como *watchfull waiting*.

Esta espera atenta requer continuidade, ou seja, ouvir sobre a queixa, avaliar as possibilidades diagnósticas e acompanhar o doente, por vezes para acompanhar a própria evolução natural da doença, que pode regredir o sintoma que incomoda ou pode associar outros sintomas de alertas que merecem uma investigação mais detalhada. Fazer o *watchfull waiting* é uma arte que exige, em primeiro lugar, compromisso do médico que acompanhará os sintomas, habilidade técnica em separar o que pode e o que não pode esperar por tratamento e habilidade de comunicação para deixar o paciente tranquilo e sentindo-se tratado.^{104,105}

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

de estar em observação”. Desta forma, o benefício observado com a intervenção é a soma de possíveis benefícios decorrentes da história natural, da regressão à média, do efeito placebo, do efeito Hawthorne e da ação específica da intervenção.¹⁰⁶

Não se pode compreender o cuidado médico ignorando a existência do efeito placebo. Placebo significa qualquer substância sem ação ou resposta, porém o efeito placebo é uma resposta psicológica não atribuível aos mecanismos físico-químicos das intervenções realizadas. Também ocorrem reações adversas (efeito nocivo) e estes efeitos dependem de cada paciente. Temos exemplos de efeitos placebos que superam os analgésicos e antidepressivos. Ele independe do nível cultural, da inteligência ou da gravidade da doença; na prática diária, o que realmente vemos como placebo são as interações inconscientes entre médico e paciente, independentes da nossa vontade, sendo um recurso terapêutico bastante valioso.¹⁰⁷

Ballint chega afirmar que “o remédio mais usado em medicina é o próprio médico, o qual, como os demais medicamentos, precisa ser conhecido em sua posologia, reações colaterais e toxicidade”, mostrando a importância do efeito placebo para o tratamento dos pacientes.¹⁰⁸

Isto nos demonstra que diversos fatores influenciam no tratamento, o que justifica muitas vezes a “conduta expectante”, na qual parece que não se está fazendo nada, mas, na verdade, se está observando atentamente a evolução natural da doença, a melhora e/ou

o desaparecimento ou o surgimento de outros sintomas, o que possibilita o cuidado do doente.

Isto implica sentir-se confortável durante um tratamento, ao mesmo tempo em que se espera a própria evolução dos sintomas, trabalhando com a falta provisória de diagnóstico, aguardando atentamente o surgimento de outros sintomas e aguardando para não solicitar exames desnecessários. Há quem diga que cuidar de doentes sem diagnóstico é fazer mal a eles. Em um atendimento acompanhado de estudantes, um deles disse: “Não é perigoso atendermos este paciente e deixá-lo sair sem um diagnóstico preciso na primeira consulta?”. O médico de família experiente responde: “Perigoso, caro jovem, é colocar o diagnóstico sem certeza na primeira consulta.”⁹³

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

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

circunstâncias familiares e sociais que personalizam aquele doente. A doença sempre é da pessoa, única e personalizada.⁹¹

5.8 O Ensino Médico no Brasil: como vamos mudar?

As universidades e os currículos

Na maioria das faculdades do Brasil, o processo de ensino ainda privilegia o aprendizado em centros terciários, voltados para atenção de problemas de maior complexidade. Campos, em 1999, realizou um levantamento em 14 faculdades de medicina (em 1995, existiam 80 faculdades de medicina no Brasil) e encontrou que 86% do treinamento prático se passavam em hospitais universitários, e apenas 14% em ambulatórios.¹⁰⁹ Isso significa que 86% da carga horária dos estágios práticos compõem o denominado “interno” das faculdades.

Uma pesquisa realizada com 28 escolas médicas brasileiras participantes do Projeto de Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM) constata que muitas escolas estão em um movimento de saída de seus muros para proporcionar aos estudantes maior experiência nos diferentes níveis de atenção à saúde, mas mostram carências em termos de novas políticas públicas capazes de impulsionar e sustentar tais mudanças.¹¹⁰

As dificuldades encontradas para que as escolas desenvolvam suas atividades didático-pedagógica nestes cenários de prática (pelos

quais estavam propostos a realizar na teoria, não na prática) foram ocasionadas principalmente pela resistência dos docentes e das disciplinas.

A perspectiva da integralidade no cuidado em saúde mostra maior dificuldade, conforme a posição da maioria das escolas, evidenciando um ensino tradicional, fragmentado em disciplinas e pautado em especialidades, sendo que a dificuldade está em proporcionar ao futuro profissional a vivência da demanda espontânea das necessidades de saúde durante a formação, com o exercício de identificar situações, problemas, fazer diagnóstico diferencial em quadros clínicos, encaminhar de forma adequada e trabalhar em equipe.

Já se demonstram tentativas de modificações, com a abertura de novas escolas médicas e a reestruturação curricular desenvolvida em diversas faculdades que estão focando o desenvolvimento do seu currículo na comunidade e incorporando disciplinas integrativas, em atenção primária.

Essas tentativas já estão emergindo como uma necessidade, embora deslocar o cenário de aprendizagem do hospital para a comunidade e para o ambulatório não supra todas as necessidades educacionais dos estudantes de medicina. As modificações curriculares são apenas um caminho, um mapa a ser seguido, mas há necessidade de que mudanças individuais aconteçam.

O professor adequado frente a estes cenários é o grande impulsionador destas mudanças curriculares.

5.9 Quem Ensina? Os Professores: ferramenta essencial para mostrar aos estudantes o que é necessário aprender

“O que faz um médico não são os seus conhecimentos de ciência médica. A ciência médica é algo que lhe é exterior e que ele leva consigo, como se fosse uma valise. Os conhecimentos científicos, qualquer pessoa pode ter. Mas a alma de um médico não se encontra no lugar do saber, mas no lugar do amor. O médico é movido pela compaixão.”

Rubem Alves

O autor Parker J. Palmer, no livro *A coragem de ensinar*, define as verdadeiras características da vocação docente. Quase todos os professores se perguntam o quê tem de ensinar, quais são os conteúdos. Alguns param para pensar sobre como ensinar esses tópicos. Poucos refletem sobre quem são os alunos a quem devem ensinar. E quase ninguém se atreve a fazer a pergunta tremenda: “Quem ensina?”. E conclui: “Porque, queiramos ou não, acabamos ensinando o que somos”. É a força do exemplo que está implícito na verdadeira coragem de ensinar.¹¹¹

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

Como o professor servirá como mentor e exemplo a ser seguido, existem características deste professor que devem estar presentes para o ensino eficaz destes cenários ambulatoriais de continuidade. Em trabalho de revisão sistemática, essas características foram apontadas por Ullian¹¹² e Ullian et al.¹¹³, como: o professor deverá servir como exemplo – “*role model*” –, ser um supervisor eficaz, dinâmico e dar suporte aos aspectos pessoais.

O professor “modelo” nestes estudos foi considerado aquele com conhecimento e competências clínicas, que prioriza uma boa relação com os seus pacientes, e é reconhecido pela maioria dos seus estudantes como um exemplo a ser seguido.¹¹⁴

Como um supervisor eficaz, o professor deverá promover a oportunidade de os estudantes realizarem o cuidado integral aos doentes, deixar os estudantes realizarem procedimentos sob supervisão, rever os casos e, principalmente, envolver os estudantes na

responsabilidade do cuidado do paciente. Excelentes supervisores sabem dirigir e focar o estudo, dando um retorno contínuo aos alunos.⁶⁶

A dinâmica do ensino envolve professores entusiastas, interessados em ensinar, com tempo disponível para discussões, e promover a busca de respostas às dúvidas colocadas. Disponibilidade, acesso, transparência em suas atitudes, sem deixar de lado a alegria de cuidar dos pacientes e ensinar, foram características apontadas nestas pesquisas.⁶⁶

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

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

expectativas, dilemas, preocupações, aprendizado, que ajudam o médico a aperfeiçoar seu papel como professor.

Kloetzel comenta que, no hospital escola, a perspectiva é estreita, afunilada, e o alvo de todas as atenções são as afecções graves – quanto mais raras, melhor –, ou seja, as questões menores são desprezadas. Tal atitude traz sérias consequências para o ensino, tanto que o estudante se surpreende ao descobrir um panorama inteiramente novo, distinto daquele que aprendeu ao conhecer, no hospital, um mundo onde predominam as “doenças comuns”. Esse contato inicial do estudante com o ambulatório é uma fase muito crítica, porque é necessário que o estudante tenha quem o oriente, um professor compreensivo e com entusiasmo para lhe mostrar que, embora “comuns”, algumas doenças têm o seu fascínio próprio. Cabe ao professor derrubar a ideia preconcebida de que o atendimento ambulatorial corresponde à monotonia.⁶⁶ Cabe ao professor mostrar ao aluno a beleza e o fascínio de um sintoma que ainda se encontra indiferenciado, de uma queixa comum como a tosse e seus diagnósticos diferenciais, mostrar a alegria da tentativa de controlar doenças crônicas, reforçar adesão ao tratamento, fazer malabarismos para entender o contexto daquela preocupação; cabe ao professor, na verdade, mostrar ao estudante a riqueza do mundo do paciente.

Outro problema é que os professores-especialistas ensinam como se todos os alunos fossem ser especialistas naquela área. A questão

sobre o que um médico geral ou de qualquer outra especialidade necessitaria saber sobre o tema não é a lógica que preside a construção dos conteúdos dos estágios e da abordagem teórica. Os cursos de psiquiatria, de medicina preventiva ou de hematologia, por exemplo, são quase todos estruturados para formar especialistas em cada uma destas áreas. O que um pediatra ou clínico precisa saber sobre psiquiatria ou saúde pública não é algo que comande a organização de estágios e do currículo.¹⁰⁶

Em muitas das aulas, nossos professores só nos ensinam o que gostam, ou pior, o que estão pesquisando. Com o paciente, vejo que é a mesma coisa: o professor sempre tende a achar que o paciente sente alguma doença da sua área.

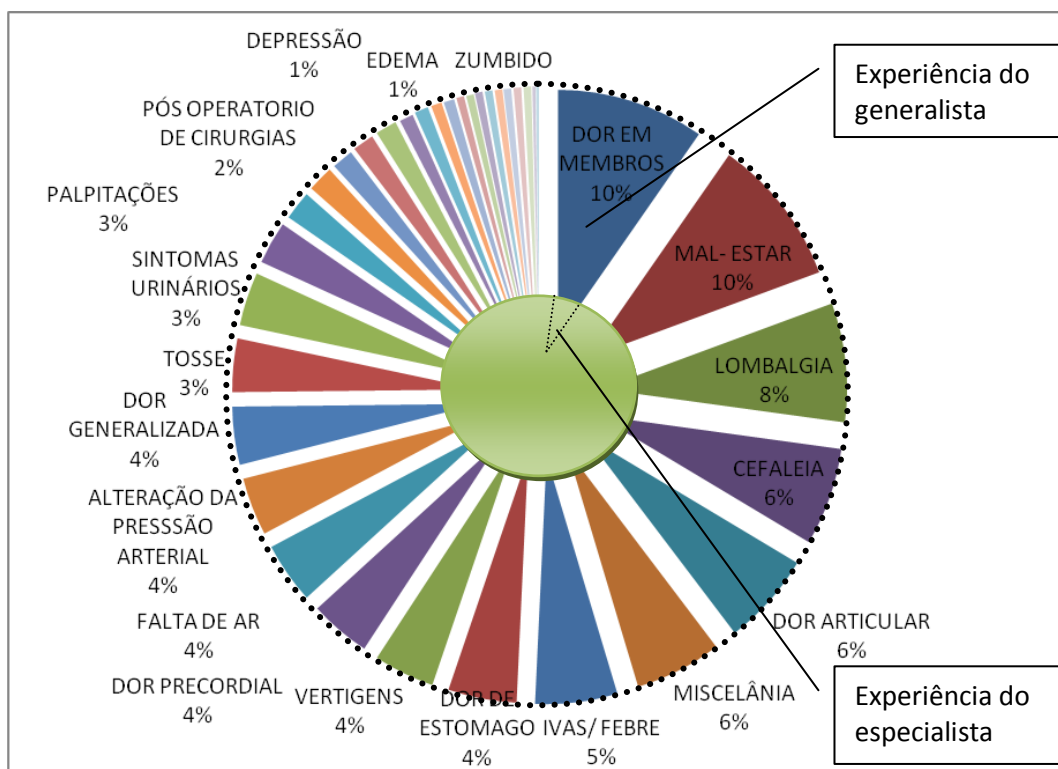
Estudante de medicina

Essa constatação é antiga, porém a demora em superá-la somente tem demonstrado a urgência em corrigi-la. Este é um ponto do fracasso da maioria dos projetos reformadores do ensino médico. Como realizar essa transição de deslocamento dos espaços práticos de ensino, quando a maioria dos professores tem, cada vez mais, uma vocação e um tino sempre mais especializado? Onde estão os professores de clínica? Os pediatras, que antes foram sobretudo pediatras, agora são cada vez mais pediatras em alguma coisa: cirurgiões infantis, neuropediatras, neonatólogos etc.¹⁰⁶

5.10. Ensino de especialista x generalista

Atenção primária é a porta de entrada para o sistema de saúde, e podemos comprovar sua eficácia em diferentes caminhos. Atenção primária é um mecanismo que avalia os pacientes com sintomas indiferenciados, por exemplo, dor precordial, que pode ser decorrente de uma crise de pânico ou uma angina, que se iniciam de maneiras semelhantes. O benefício da atenção primária com qualidade não ocorre somente para o paciente, porque pode minimizar os tratamentos superestimados ou subestimados. Uma parte se deve à epidemiologia, e outra parcela se deve ao fato de serem acompanhadas por generalistas e não especialistas. Muitas vezes, os especialistas que atuam em atenção primária, acostumados a lidar com o complexo, com o alto risco, utilizam sempre o “máximo das estratégias” designadas ao pior cenário, sendo que esta estratégia de fazer todo “o máximo” pode ser maléfica para o doente com doenças de menor gravidade. Já os pacientes com doenças severas, quase sempre necessitam dos especialistas, sendo necessário que gastem maior parte do seu tempo com estes pacientes, aplicando suas habilidades. No caso de pacientes com depressão, o seguimento destes pacientes pelos médicos de família possibilita que o psiquiatra não fique sobrecarregado com pacientes deprimidos e consiga dedicar a sua atenção a outras doenças não tão frequentes.¹¹⁵

Figura 10. A pizza de McWhinney: experiência do professor generalista e do professor especialista.



Como mostrado na Figura 10, Ian McWhinney exemplifica graficamente a necessidade clara do aprendizado em sintomas prevalentes, e não em raridades.³ Nas faculdades, quem ensina sobre cefaleia muitas vezes é disciplina de Neurologia, e as cefaleias que muitas vezes chegam até o neurologista são neuroglioblastoma ou hemorragias subaracnoides. Briga com namorado ou estresse geralmente não chegam ao neurologista. Toda a experiência das cefaleias se restringe a uma pequena porcentagem, que são as mais graves e raras. É com este enfoque que o neurologista ensina na faculdade a abordagem da cefaleia. Isso causa um erro epidemiológico

no estudante de medicina, sem contar o ônus financeiro ao sistema de saúde, porque todas as cefaleias que chegarem ao neurologista passarão por uma ressonância magnética.³

Na análise do gráfico, a experiência do professor que ensina cefaleia, isto é, do neurologista, deve ser menor, pois a prevalência de causas de cefaleia é menor no espectro da neurologia (ver área verde no gráfico), uma vez que muitas dores de cabeça são autolimitadas, melhoram com automedicação, não chegam à consulta médica, decorrem de algum tipo de estresse e estão no espectro de ação do médico de atenção primária ou do médico de família. As causas de cefaleia são mais prevalentes no espectro da prática do médico de família.

Outro exemplo está no ensino de uma das queixas mais prevalentes: dor precordial. Sabe-se que as causas de dor precordial se dividem em: dores musculares, costochondrites, angina, alterações gastrintestinais e transtornos de ansiedade. Muitos pacientes que apresentam a dor precordial, por vezes, não procuram o médico, melhoram sem auxílio, melhoram com automedicação ou com farmacêutico. Quando avaliamos o consultório e a prática de um cardiologista, o que está em seu consultório, na maioria das vezes, são as dores precordiais de origem cardiológica: anginas, infartos, pericardites. A experiência da dor precordial do cardiologista não está relacionada com a prevalência do sintoma.

Homem de 45 anos de idade que procura o consultório do médico de família com dor no peito tem uma chance menor de ter uma angina do que um senhor de 45 anos que foi encaminhado para o cardiologista. Esse paradoxo demonstra a diferença de prevalência das anginas na população de pacientes dos médicos de família e na população de pacientes dos cardiologistas. Um paciente procura um médico de família enquanto o seu problema ainda está “indiferenciado”, e caberá ao médico identificar qual é a maior probabilidade diagnóstica: pode ser desde uma angina até uma síndrome gástrica ou dor muscular. Depois do médico de família “*ruled out*”, isto é, excluir os outros distúrbios e ficar com a probabilidade de ser uma doença cardíaca, o encaminhamento ao cardiologista poderá acontecer. Assim, o cardiologista estará lidando com uma situação de dor precordial em que já foram excluídas outras causas. A maioria dos pacientes que apresentam dor precordial tem outros diagnósticos diferentes da doença arterial coronariana³⁷, somente 30% das dores precordiais são de origem cardíaca.¹¹⁶

Mas quem ensina dor precordial ao estudante de medicina? O cardiologista, ao dar uma aula de dor precordial, apresenta um viés de ensino que não corresponde à prevalência do sintoma ensinado. Existe um ditado que diz que quando temos um martelo em nossa mão, todo problema que aparece em nossa frente se assemelha a um prego.

A maioria dos professores foi exposta a condições raras e às mais complicadas doenças, sendo a exposição limitada do professor correspondente a uma pequena fração de todos os problemas médicos que a população apresenta, centrada nos fatores biológicos e excluindo fatores sociais e psicológicos.⁶⁹

A prática dessas causas mais prevalentes é um dos motivos que torna o médico de família um professor capacitado a dar aula de queixas prevalentes, pois ele ensina o que vê em sua prática e que corresponde à prevalência desses sintomas, sem trazer um viés de que cefaleia leva a ressonância magnética, que leva a neuroglioblastoma, e de que toda dor precordial é um quadro anginoso que merece uma cinecoronariografia.

Essas aulas de sintomas e queixas prevalentes devem ser elaboradas como um quebra-cabeça, com a grande função integradora, de acordo com o termo norte-americano *clinical jazz*, misturando a prática, a técnica, a medicina baseada em evidências e a arte médica. Esse *clinical jazz*, baseado em evidências, deve ser preparado pelos médicos de família.¹⁷

Não somente a medicina baseada em evidências como fonte única de decisão clínica e ensino aos estudantes, pois seria como os críticos chamam de “receita de bolo médica”, elaborada perfeitamente pelos últimos ensaios clínicos. Ficaríamos paralisados e incapazes de cuidar de nossos pacientes até sair um novo *ensaio clínico* sobre eles. A

experiência clínica e didática traz uma bagagem sobre a qual não se discute, e as novas definições da medicina baseada em evidências não competem com a experiência clínica. Como o próprio jazz, uma boa prática musical (entende-se também uma boa aula) são pré-requisitos: primeiramente a estrutura ou teoria válida e, em segundo lugar, associar o improvisado. Seguindo esta recomendação, a teoria deve ser exercida com sutileza e arte.¹⁷ Julian Marias complementa este raciocínio e relata que uma boa aula é uma “improvisação bem preparada”.¹¹⁷

Em uma discussão sobre o tema enurese noturna, realizada nas reuniões clínicas da SOBRAMFA, comenta-se: quem é responsável pelo ensino desse tema? O pediatra? Sabe-se que pediatras puros e focados em sintomas gerais são cada vez mais raros. Se não for ensinado na pediatria, poderia ser ensinado pela urologia, cujas aulas estão mais focadas em ensinar técnicas cirúrgicas, hipospádia e outros quadros menos prevalentes. Isso reflete que temas frequentes, com abordagem biopsicossocial, não estão nas grades curriculares porque não há professores preocupados em incorporá-los em suas disciplinas. A resposta encontrada é que o ensino dessa aula cabe aos professores médicos de família.

E para que todos estes temas prevalentes sejam ensinados, eles devem conter as melhores evidências científicas associadas à

experiência do professor que os vivenciou em sua prática clínica cotidiana.

As aulas mais difíceis de ser elaboradas são sobre os grandes sintomas com fadiga, tonturas, mal-estar, porque inicialmente todas as doenças de alta mortalidade podem se iniciar com estes sintomas. E quando são algo a ser acompanhados ou que merecem investigação? Por exemplo, um paciente com câncer pode apresentar fadiga como primeiro sintoma. O que fazer e como manejar o sintoma? Nestes temas, surgem grandes conflitos entre médicos e pacientes, professores e alunos, sistemas de saúde e academia.

No exemplo da “pizza de Ian McWhinney” , graficamente estes grandes temas estão na borda da pizza, não são determinantes de doenças e estão interligados em diferentes situações clínicas.

Quanto mais nos afastamos do centro da pizza, mais subjetivos os sintomas se tornam e mais difíceis de ser avaliados por exames laboratoriais ou imagens. Nesta borda espessa de sintomas que incomodam a população brasileira, é essencial a presença das habilidades específicas da Medicina de Família.

Por outro lado, não é o conteúdo nem o cenário adequado que garante a qualidade do ensino. Não é verdadeiro dizer que, ensinando os sintomas prevalentes na comunidade e nos ambulatórios, estamos formando médicos melhores. Este é o ponto crucial para a uma real contribuição à educação médica. Utilizamos facilitadores de cenários e

conteúdos, mas o valor central será dado pelo professor à frente do ensino.

Podemos analisar que seria melhor para os alunos de medicina passar grande parte de seu currículo com um professor intensivista, que trabalha no cenário de UTI (Unidades de Terapia Intensiva), entusiasmado e dedicado ao ensino, em vez de um médico-professor de atenção primária desmotivado, sem compromisso com o paciente, com o estudante e com o ensino. Trocar o cenário sem trocar os atores não resolve a falta de sucesso do espetáculo. O cenário pode ser apenas um facilitador, mas os atores – professor, aluno, paciente – necessitam de completa sintonia de aprendizado. Este é o grande desafio das reformas curriculares.

Ao demonstrar, por meio deste trabalho, que as necessidades das pessoas são mais prevalentes em consultórios clínicos e ambulatorios, exige-se que os professores à frente do ensino nestes cenários sejam qualificados e especificados para promoverem tal aprendizado.

Constata-se uma tendência das redes primárias operarem com baixíssima capacidade resolutiva, não somente por problemas de infraestrutura ou de manutenção que são relevantes, mas também pela dificuldade dos profissionais médicos exercerem a clínica com sentido eficaz. Os melhores serviços básicos funcionam como pronto-atendimentos voltados para cuidado sintomático e são, em inúmeras

localidades, instâncias de triagem que não aliviam a sobrecarga dos especialistas.¹¹⁸

Nos estágios em saúde pública e medicina de família, o comentário entre os estudantes demonstra, por vezes, certa negatividade em relação ao aprendizado recebido:

Aqui é fácil, ninguém gosta do que faz, são médicos sem categorias, podemos sair cedo e estudar!

Os professores dizem que não são contratados para serem professores, já têm pouco tempo para atender e ainda mais com estudantes; ficamos muitas vezes na salinha de vacinação, fazendo sempre a mesma coisa!

Os médicos que estão trabalhando aqui querem se especializar; os mais jovens estão pelo salário e logo vão buscar novas especialidades, e os mais velhos estão porque não tiveram outra oportunidade e vão continuar para sempre, mesmo sendo ruins. Não quero ser como nenhum deles.

A minha professora de medicina de família era muito engraçada: atendia com a bolsa no colo e nunca sentava nas cadeiras; dizia que era para o paciente perceber que ela tinha pressa!

Estes estágios que envolvem aprendizado na comunidade, chamado aqui de saúde coletiva, nós, alunos, o consideramos “férias coletivas”.

Este tipo de exemplo deforma o olhar do estudante para atenção primária e para o que é importante. Faltam modelos a serem

incorporados. Na visão do estudante, é melhor estar no hospital com professores mais motivados do que “soltos” na atenção primária, repletos de maus exemplos; de certa forma, eles não estão errados.

Neste ponto crucial é que as faculdades de medicina devem ser criteriosas e bastante rigorosas. Aceitar somente bons médicos para atender a população em atenção primária e, conseqüentemente, somente aceitar bons professores no ensino em atenção primária.

Feuerwerker define a categoria “cenários de aprendizagem” como um “conceito amplo”, que diz respeito não somente ao local onde se realizam as práticas, mas também aos sujeitos nelas envolvidos, à natureza e ao conteúdo do que se faz. Neste conceito estariam incluídos aspectos pedagógicos, morais e éticos, os quais conformam-se na interação entre os agentes, e também os relacionados aos saberes e práticas, devendo ter sempre presentes reinterpretções do processo saúde-doença, à luz da dinâmica social.²⁷

O professor adequado é o grande responsável pelo ensino destas características essenciais.

5.11 Ensino pelo Exemplo: role model

“Quando encontrarmos nosso lugar neste movimento, vamos descobrir que não há conflitos entre o amor por ensinar e trabalhar com uma reforma educacional. Um movimento autêntico não é um local de poderes; é sim, aprendizado e ensino em grande escala. Com isto, o mundo se tornará uma grande sala de aula, e a oportunidade de ensinar e aprender poderá ser encontrada em qualquer lugar. Nós só precisaremos estar neste mundo com nossos corações e mentes abertos.”

Palmer J Parker

É preciso ensinar e formar os estudantes de medicina por meio de exemplos, despertando, assim, o interesse pelo cuidado integral do doente, humanizado e resolutivo, utilizando como ferramenta essencial o exemplo do professor.

Em pesquisa qualitativa, os grupos focais de estudantes de medicina levantaram o que podemos aprender por meio do exemplo, e foram os seguintes: o aprendizado relacionado ao cotidiano do que é ser médico, aprender perspectivas humanísticas, temas médicos em atenção primária e integração de conhecimento e promoção de reflexão do próprio processo educacional.¹¹⁹ Trabalhar lado a lado com um preceptor permite visualizar a vida real de um médico e os estudantes podem ganhar uma perspectiva longitudinal e lidar com as doenças

mais prevalentes, tomar decisões e resolver problemas comuns do cotidiano. Os estudantes aprenderam a resolver problemas por telefone, tratar pacientes em suas casas, a lidar com emergências e ocorrências inesperadas.

Inicialmente, reconhece-se a empatia como um elemento central quando se busca qualidade para atender um paciente. E como se alcança a empatia? Como ela é medida? É possível ensinar empatia aos estudantes de medicina? Neuman et al.¹²⁰ dizem que sim. Definem empatia como um fenômeno que consiste em sentir com outro e se inicia por estar atento, sendo este o melhor modo de compreender o sentimento do outro. Difere da compaixão, que é um estado afetivo, e pode se chegar à empatia também por caminhos cognitivos, contemplando a perspectiva do outro. Em outras palavras, tendo mais facilidade para sintonizar-se afetivamente com o outro – no caso, o paciente – pode-se alcançar a empatia por caminhos afetivos, porém, quando não há esta inclinação pessoal, também é possível chegar à empatia pela via do conhecimento racional, o que obviamente não ocorre quando se está muito preocupado consigo mesmo, e não com o outro.

Esta teoria é oriunda de estudos neurofisiológicos em que a empatia é uma função das células neuronais em atividade. Estas células (neurônios) conseguem controlar uma determinada ação, como comportamento ou emoção, e conseguem ser ativadas se a mesma ação

foi observada em outra pessoa. São conhecidas como “neurônios espelhos”, que respondem espontaneamente, involuntariamente e até mesmo sem pensarmos. Sendo assim, a função do “neurônio espelho” um pré-requisito essencial para empatia.

A atenção ao próximo, o cuidado e a postura podem ser ensinados, pois os “neurônios espelhos” aprendem pelo exemplo, e seriam como indicadores neurofisiológicos do aprendizado em empatia. Naturalmente, este processo de aprendizado inclui vários elementos. Em primeiro lugar, é necessário entender a situação, colocar-se na perspectiva do paciente, entender os seus sentimentos e os significados que o paciente tem de cada situação. Posteriormente, deve-se ponderar e avaliar se esse entendimento está correto e partilhá-lo com o paciente e, finalmente, aprende-se a intervir e atuar sobre o entendimento observado do paciente, para, aí sim, ajudá-lo.¹²¹

De acordo com a hipótese de Bauer, a capacidade de ser empático depende fortemente de os “neurônios espelhos” terem sido submetidos a experiências interpessoais; entretanto, esta capacidade pode diminuir ou ficar prejudicada em experiências de medo, tensão e estresse, que prejudicam os “neurônios espelhos”, fazendo com que parem de funcionar, deixando de ser empático, de entender o outro e de entender as “entrelinhas”.¹¹⁰

O ensino pelo exemplo retoma o aprendizado das corporações de ofício, nas quais o mestre ensinava o aprendiz trabalhando lado a lado

com ele.¹¹⁹ Estar próximo e ao lado é essencial para o estudante de medicina, principalmente para adquirir habilidades e destrezas que precisam ser ensinadas de mestre para aprendiz, estimulando assim os “neurônios espelhos”.

5.12 Oportunidade de Integrar Conhecimento

“To manage a system effectively, you might focus on interaction of the parts rather than their behavior taken separately”

Russel L Ackoff, systems theorist

O que fazer com as diversas queixas que o paciente apresenta? Como trabalhar com estas queixas? Como integrar toda a informação real proveniente do paciente real e resolvê-las com a ciência médica?

Multimorbidade (ocorrência de diversas doenças em um indivíduo) e comorbidade (ocorrência de diversas doenças decorrentes de uma condição específica) foram encontradas em metade de todas as consultas médicas no ano de 2006 nos Estados Unidos.⁵⁵ As multimorbidades estão cada vez mais comuns com o envelhecimento da população e tornam mais comum do que a exceção. Dificilmente um paciente idoso apresenta-se com uma doença isolada; em cada consulta, ele traz de 3 a 4 problemas de saúde¹²², e sabemos que a maioria das pesquisas científicas excluem as pessoas com

comorbidades. As diretrizes da medicina baseada em evidência não são úteis e, na verdade, são potencialmente prejudiciais para uma grande parcela de pacientes que necessitam de um cuidado integrado, priorizando o atendimento nas possíveis variáveis – agudo, crônico, prevenção, *status* mental –, e sim necessitam de um cuidado personalizando.¹⁰⁵

A lógica que predomina no ensino da especialização traz todas as consequências daí decorrentes; prioriza-se trabalhar com uma certa fase do processo saúde-doença, tendendo a assumir casos de difícil diagnóstico ou tratamento, o que, progressivamente, vai dificultando ao aluno acompanhar tanto o comum prevalente em cada região, como a evolução inteira da maioria dos casos. Para dar conta da sua missão, os hospitais universitários estão obrigados a operar com alta e veloz incorporação de tecnologia e com importante grau de fragmentação do processo de trabalho entre dezenas de especialidades. Assim, quase todos estes hospitais universitários têm o mesmo desenho organizacional – estão divididos em tantos serviços quantas são as especialidades médicas –, o que complica bastante qualquer integração do ensino clínico.

Um dos reflexos imediatos da “disciplinarização” é a “compartimentalização” do conhecimento, que, por vezes, facilita o acesso aos saberes, às informações contidas em cada disciplina, como se estas fossem “arquivos” e os professores, de certa forma,

“arquivistas”. Também aponta aspectos negativos, porque impede a percepção da possibilidade de interconexão entre as várias disciplinas ou entre as gavetas dos arquivos.¹²³ Muitas vezes, o aluno não consegue encaixar os sintomas apresentados com um possível diagnóstico, como se o conhecimento estivesse armazenado em pastas de arquivos e o estudante, diante de um paciente, não soubesse qual arquivo abrir.

O futuro das mudanças curriculares depende da presença de líderes com visão, energia e forças para produzirem tais mudanças. Seria bem melhor desenharmos grades curriculares para os futuros médicos se houvesse real compromisso com essas mudanças educacionais.

5.13 Pesquisas Atentas às Necessidades das Pessoas

Informação é certamente uma das chaves para estas mudanças propostas: informação sobre nossos pacientes, origens, natureza, sintomas, preocupações, dificuldades, incapacidades, problemas que o incomodam; informações sobre a eficácia das nossas intervenções; informações sobre o tratamento proposto; informações sobre a eficácia dos sistemas em atenção primária, continuidade e medicina de família; sobre placebo, efeito Hawthorne ou fator X; informações sobre esperança e amor; sobre a necessidade de todos os tipos de pesquisa. Estamos cientes de que precisamos de informações e mais

conhecimento sobre nós mesmos, como indivíduos e como médicos. Na verdade, precisamos de todo tipo de informação sobre nossos pacientes, sobre suas vidas, intervenções clínicas, histórias biográficas, poesias e artes, para se efetuar a mudança do modelo *biomédico* para *infomédico* e ser um médico interessado em adquirir todo o tipo de conhecimento.¹¹⁶

Cientes da dificuldade de ensinar, durante a graduação em medicina, todos os diagnósticos, tratamentos e classificações de doenças publicados, como escolher o que o aluno deve aprender? Atualmente, há milhares de artigos publicados em um curto período. Como escolher, neste “mar de artigos”, o que é relevante para nossa prática?

O estudo de determinada doença é realizado pelo que o professor valoriza, pelas disciplinas que vivencia e pelas publicações e pesquisas científicas que são realizadas na academia médica sobre determinada doença.

A série gráfica da ecologia também ilustra a discrepância de pesquisas e trabalhos científicos. Observamos uma falha entre os resultados encontrados nas pesquisas e as pessoas e cenários aos quais estes resultados deverão ser aplicados.^{35,36}

A maioria dos ensaios clínicos randomizados lida com uma população altamente selecionada, excluindo fatores que são essenciais

para o cuidado do doente, como o contexto geográfico, social e econômico, e principalmente os valores individuais de cada paciente.⁹⁴

A maioria das pesquisas médicas está sendo realizada nos hospitais universitários e focadas nos mecanismos moleculares, e sabemos das diferenças entre as questões e os problemas levantados na atenção primária e as respostas encontradas nos centros hospitalares. As pesquisas precisam ser redirecionados aos cenários de atenção primária. Somente com pesquisas em pacientes que visitam seus médicos de família, trazendo seus sinais e sintomas, e associando com outros cenários de saúde, seremos capazes de adaptar os sistemas de saúde com alta qualidade. As pesquisas em atenção primária desenvolvem um papel importante para corresponder a estas necessidades na vida real.¹²⁴

Os ensaios clínicos em atenção primária não devem iniciar por diagnósticos já precisos e estabelecidos com critérios de inclusão e exclusão, e sim iniciar por queixas e sintomas apresentados pelos pacientes.

Em um editorial da revista *Canadian Family Physician*, Moira Stuart publicou uma tabela sobre a proporção de artigos publicados em revistas de impacto sobre a atenção primária (Tabela 11), e este número ainda é muito baixo.³⁷

Os pesquisadores precisam incorporar a importância do estudo dos sintomas. Por exemplo, se uma pesquisa sobre asma começa com o

episódio inicial de “dificuldade para respirar”, por que não expandir esta abordagem inicial em sintomas também para o campo da pesquisa? Pesquisas científicas baseadas nos problemas mais comuns encontrados na atenção primária, como dor no peito, dor abdominal, cefaleia, tosse, alergia, febre e insônia¹²⁵, são raridades.

Quantos livros, artigos, relatos são publicados e aceitos para publicação nas revistas médicas consagradas sobre atenção primária? Ainda valorizamos os relatos de casos raros, não vistos e que continuaremos a demorar anos para nos depararmos com um, e deixamos de compartilhar nossas experiências, sucessos e dificuldades nos casos do cotidiano.

Os sintomas mais relatados não estão presentes nos livros tradicionais de clínica médica. “Informalmente”, o bom estudante, conhecedor destes livros, como o *Cecil* e o *Harrison*, não está adequado ao estudo centrado em seu paciente. Não vamos criticar os autores destes livros, nem excluir a grande contribuição para a medicina, mas chamar a atenção para a valorização do conteúdo excessivo em queixas não usuais e raras, em detrimento das cotidianas, e a dificuldade de encontrar livros que abordem estes sintomas mais prevalentes, de uma maneira organizada e certamente baseada em evidências, principalmente as que interessam para o paciente.

5.14 Modelo da Ecologia Médica

“All models are wrong, some are useful”

(anônimo)

O modelo proposto para identificar as necessidades de nossos pacientes e, assim, redirecionar as necessidades de ensino poderá ser útil para as faculdades de medicina por dois caminhos distintos e complementares:

1. Incorporar novos departamentos que contemplem o ensino da atenção primária em continuidade; tais departamentos seriam chamados de Medicina de Família, não atentos à nomenclatura, e sim ao modo como os princípios seriam incorporados.
2. Nos departamentos já existentes, redirecionar os seus currículos e esforços para o modelo da ecologia médica: o que é prevalente em minha disciplina, em qual cenário educacional eu devo redirecionar o meu ensino, quais são as aulas, disciplinas e locais em que eu devo dividir o meu espaço curricular de modo que ele esteja mais atento às necessidades dos pacientes e à formação de um futuro médico.

Green aponta que a Ecologia no Cuidado Médico é um modelo para mostrar a importância do equilíbrio entre educação, pesquisa e assistencialismo para responder às necessidades das pessoas. O autor completa que a ecologia é mais do que uma discussão conceitual de cenários de atendimento e, por isso, representa o ponto de entrada para pessoas “de mentes abertas”, que se beneficiarão com o aprendizado sobre a primeira manifestação da doença, sobre as doenças prevalentes e, igualmente, com o aprendizado em possíveis soluções para a atual ciência da complexidade.³⁴

1) Incorporação de Departamentos de Continuidade

“our system of medical education... is training the wrong people, at the wrong time, in the wrong skills and in the wrong place. The core curriculum for all doctors should be primary care: this should be taught where it is carried out, within communities.”

Julian Tudor Hard

O benefício destes departamentos em Medicina de Família já foi comprovado em diversas publicações. Em diferentes países, como EUA, Canadá e países da Europa, o benefício educacional da atenção primária e continuidade já foram amplamente demonstrados.^{126,127,128}

A SOBRAMFA (Sociedade Brasileira de Medicina de Família), existente desde 1992, empenha seus esforços para levar os princípios

da Medicina de Família para a área acadêmica.^{129,130,131,132,133,134,135}, promovendo a medicina de família como disciplina acadêmica ensinando sob a regência da revalorização de um velho conceito: integrar conhecimento teórico e procurar a informação adequada para cuidar dos pacientes, ao mesmo tempo em que se busca a excelência profissional.

Uma das iniciativas que a SOBRAMFA propõe é instituir o hábito de uma reflexão permanente. Diversos programas foram desenvolvidos por meio de métodos inovadores utilizando filmes, óperas, literatura e histórias de vida.^{136,137,138} Tais métodos colaboram na educação da afetividade e na formação humanística do futuro médico.

Treinar e educar o lado humano não é um apêndice ou luxo, e não deve ser anacrônico dentro de um modelo, sendo necessário trazer o Humanismo para o ensino presente, com modelos e imagens modernas¹³⁹ e, nestes cenários e departamentos, tais aspectos não poderão deixar de ser ensinados. Nesses departamentos, é fundamental a existência de cenários de continuidade, abordagem de sintomas prevalentes e sintomas inespecíficos sem correspondência fisiopatológica, e é primordial expor os estudantes a professores vocacionados e motivados a ensinar o fascínio do vínculo com os pacientes e o cotidiano ambulatorial.

A forma de abordagem da saúde na atenção primária e a diversidade de problemas apresentados pelos pacientes no dia a dia

promovem aprendizado para o estudante e criam uma integração entre as várias disciplinas, pois um médico de família não é a mera soma das várias soluções para os problemas de saúde que um paciente apresenta. O médico de família adota uma nova perspectiva na arte do cuidar, uma nova visão sobre o mundo do paciente, que deve ser construído e ensinado.

Vale lembrar que a nomenclatura Medicina de Família não é o que define o ensino destas habilidades, e sim a incorporação dos valores centrais – os *core values* – na grade curricular destas disciplinas. São valores e atributos definidos por cuidado integral, independentemente de idade, sexo ou problema de saúde, continuidade, atendimento holístico e humanizado, enfocando o indivíduo, a família e a comunidade.⁴

2) Adaptação da Ecologia Médica nos Departamentos já Existentes

Steve Abramson comenta que o problema das grades curriculares é que elas são um organismo sem um “sistema excretor”. Quando estamos valorizando algumas áreas, outras áreas precisam ser abreviadas e alterada a duração do seu treinamento, o que nos remete à seguinte questão: o que vamos omitir ou abreviar, sem perder a capacidade de formar bons médicos?²²

As grades curriculares devem ser estruturadas a partir das necessidades dos pacientes, de acordo com a prevalência da doença, e não conforme o interesse do professor. A pergunta a ser incorporada nas discussões curriculares é: o que é essencial para a formação de um médico (não especialista) em minha disciplina? O que eu devo ensinar para esse estudante para que ele se torne um médico completo?

Dr. Blasco utiliza o termo *stem cell doctor* (médico célula-tronco), ou seja, que ainda não se diferenciou, não escolheu uma especialidade, mas que precisa adquirir habilidades, características inerentes a todo médico, tornando-se uma célula de excelente qualidade e capaz de se multiplicar. Qual será a contribuição dada para que este futuro médico seja um excelente *stem cell doctor*? O que não pode ocorrer durante a graduação é querê-los já diferenciados, sem passar pelo processo de formação inicial. Não se pode transformá-los em especialistas sem que antes tenham as características e as habilidades para que sejam excelentes *stem cell doctors*. É preciso reformular a dedicação e os esforços de nossos departamentos no sentido do que é importante para o futuro médico. Um colega cirurgião pediátrico comenta a dificuldade de realizar esta reformulação baseada no que é mais prevalente:

eu tenho que ensinar o que há de mais importante e grave no meu cotidiano, para que ele não “coma bola” se isto acontecer, e eu não sei se ele terá a oportunidade de novamente ver uma patologia rara como esta.

Tal preocupação não deve ser o cotidiano do ensino médico. Nossos estudantes devem estar aptos a reconhecer o que não é comum, encaminhar com rapidez o que pode ser urgente e não possa esperar. Parece-nos simples, mas sabemos que essa não é a regra.

Dentro desse enfoque, podemos usar como exemplo o ensino da reumatologia nas escolas médicas, destacando a possibilidade de integrar conteúdos básicos e clínicos. Isso poderia ser feito já no estudo da anatomia topográfica, priorizando o conhecimento de segmentos importantes para o entendimento fisiopatológico de doenças osteoarticulares bastante prevalentes na prática clínica, como “os reumatismos de partes moles” e as “algias da coluna”. A ênfase nessas e em outras doenças do sistema musculoesquelético, muito prevalentes na prática da reumatologia, deve ser uma estratégia a ser utilizada dentro do processo de formação do médico generalista, sendo necessária, para isto, a extrapolação dos muros dos hospitais universitários onde predominam doenças mais raras, como as doenças difusas do tecido conectivo. Além disso, no ensino da reumatologia, deve-se valorizar o treinamento de habilidades de comunicação que favoreçam uma melhor relação médico-paciente, com incorporação de abordagens qualitativas na apreensão de significados e percepções individuais e coletivas. Este é um ponto fundamental quando se aborda uma área onde o principal sintoma do paciente é a dor.¹⁴⁰

Na graduação, precisamos recordar que não estamos formando especialistas, que devemos preparar os estudantes com princípios fundamentais da medicina, diagnóstico e manejo de condições frequentemente encontradas, e desenvolver habilidades para identificar situações que estão além de suas experiências. Estamos cientes de que os estudantes necessitam do “fervor” dos especialistas para optarem por suas carreiras futuras, entretanto devemos diminuir a ênfase em condições “exóticas” e gastar mais tempo em habilidades clínicas básicas.²²

5.15 Os Caminhos que Buscam Harmonia

“a palavra não pode ser branda quando é grande a força do amor”

Afrânio Peixoto, médico e escritor

Gustave Thibon, filósofo francês, comenta sobre a diferença entre o que ele considera equilíbrio e harmonia (na verdade, este é o título de seu livro). O equilíbrio é a composição de forças contrárias, resultante de vetores que se anulam. A harmonia é o perfeito encaixe das partes como um todo, de modo que colaborem para uma mesma finalidade. Citando Victor Hugo, comenta ainda: “Por cima do equilíbrio está a harmonia, por cima da balança está a harpa”.³²

A ciência médica requer essa harmonia para colocar, na mesma equação, a função hepática e as disfunções neurológicas com o sofrimento e a perda. Essa harmonia representa o real papel da medicina como ciência e arte. Assim, é possível colocar, na mesma equação, tópicos de diferentes dimensões e que aparentemente não se misturam. Na verdade, eles estão misturados na vida real. Temos tempo de protrombina e desânimo, neuro-hormônios e falta de sentido na vida, hepatócitos e indignação, todos sempre juntos. Este modelo integrativo, que coloca a harmonia na medicina, foi chamado e publicado de Novo Humanismo.³²

Estendendo o raciocínio desta harmonia, talvez a resposta para as questões aqui expostas esteja nesta busca constante: nos cenários de prática (hospitais, ambulatorios e comunidades), no ensino médico entre especialistas e generalistas e no próprio cuidado do paciente entre ciência e arte, humanismo e técnica.

Em nenhum momento, uma das vertentes excluiu a outra, e pode até parecer que se está valorizando uma vertente em detrimento da outra. Na realidade, estamos valorizando algumas vertentes que estão mais esquecidas e menos evidentes, sem excluir a outra, para promover um verdadeiro encaixe, que beneficiará a educação médica.

Identificar as necessidades de nossos pacientes e ensinar estas necessidades aos estudantes de medicina pode ser um caminho para

ajudar nossos estudantes a estarem prontos para cuidar de seus futuros pacientes.

5.16 Limitações do Estudo

“Um caminho sem obstáculos, provavelmente não leva a lugar algum.”

Frank Clark

A amostra selecionada não condiz com a totalidade da população brasileira, pois foram selecionados somente pacientes que utilizam os serviços da medicina privada (que corresponde apenas 30% da população brasileira), uma vez que a intenção era analisar a busca por auxílio médico sem barreiras de acesso de atendimento, como falta de vagas nos hospitais, o que às vezes ocorre com os pacientes do SUS (Sistema Único de Saúde), as quais poderiam produzir um viés das necessidades das pessoas no desejo e na necessidade de procurar os serviços médicos.

Sobre internações, também foram questionados os hospitais universitários nesta população de convênio, porque muitos pacientes, mesmo possuindo convênio, em casos de doenças raras, procuram esses hospitais ou os ambulatórios de especialidades das universidades para acompanhamento.

Como a entrevista foi realizada por telefone, com autorização da empresa de convênio, utilizamos o horário comercial para realizar as ligações, e, nesse período, tivemos um público feminino maior que respondeu os questionários. Em virtude do tempo de entrevista, não foi possível analisar outros dados, como perfil socioeconômico, pois era necessário ser breve nas ligações para não perdermos questionários.

Não possuímos o número de questionários não realizados nem contabilizamos as “negativas” em responder o questionário, somente os dados dos questionários realizados, que totalizaram os 1.065 indivíduos.

A comparação com os outros estudos da ecologia médica fica prejudicada pela diferente metodologia empregada nos demais trabalhos. White, Green e Leung obtiveram seus resultados em diferentes bancos de dados e calcularam a proporção de utilização de serviços, pelo período de um mês, pela população. Em nosso trabalho, optou-se por selecionar uma amostra de 1.000 pessoas e realizar o questionário nesta amostra, buscando, assim, identificar a utilização dos serviços de saúde.



Conclusão

6. Conclusão

Os médicos de hoje e do futuro devem ser mais do que competentes cientistas treinados ou tecnicistas. Além de receberem treinamento científico adequado nas faculdades de medicina, também devem aprender que, como médicos, devem estar preparados para atender às necessidades das pessoas.

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

Precisamos integrar todos esses aspectos no ambiente de ensino dos estudantes. Modificar este cenário significa valorizar todos os locais de aprendizagem, não apenas o ambiente hospitalar, incorporando o aprendizado em sintomas, doenças crônicas e queixas prevalentes, não centrados somente no que é raro e incomum. Nesses cenários, devemos incluir a continuidade e a atenção primária.

Para o ensino desses sintomas e nesses cenários, é necessário incorporar professores modelos generalistas que mostrem com entusiasmo a integração do conhecimento em diferentes áreas e a importância do ensino focado em atenção primária.

Se os estudantes de medicina conseguirem entender as necessidades de nossos pacientes, aí sim os currículos médicos colocarão em prática o que já estão se estruturando a fazer. Nesse contexto, o modelo da Ecologia torna-se útil para a formação dos estudantes de medicina, colaborando para o ensino do que é prevalente e no ambiente correto, incorporando novos cenários de prática que envolvam continuidade, ou reestruturando os departamentos já existentes no enfoque do que corresponde a doenças e queixas prevalentes em cada uma de suas disciplinas.

Formando melhor os estudantes de medicina, de fato, estamos contribuindo para melhorar a saúde do nosso país.



Anexos

7. Anexos

Anexo 1. Script para realização das entrevistas telefônicas

Em relação ao projeto de pesquisa, não foi utilizado o termo de consentimento informado aos participantes porque o procedimento foi telefônico e coube ao participante continuar ou não a entrevista. Em substituição ao consentimento informado, utilizou-se, durante as ligações telefônicas, o *script* descrito a seguir. Não houve qualquer outra utilização de dados envolvendo prontuário médico.

“Bom dia / Boa tarde

Meu nome é _____ (auxiliar de enfermagem),
estou telefonando do seu convênio XXXXXX para realizar uma pesquisa científica da Universidade de São Paulo, sob coordenação dos doutores Adriana Roncoletta e Paulo Andrade Lotufo. Esta pesquisa constará de 12 perguntas, não relacionadas ao seu convênio ou empresa, e não envolve pesquisa de qualidade, tendo exclusiva finalidade científica. Não haverá nenhum prejuízo ou dano e, não será comunicado a ninguém, exceto aos pesquisadores. O nome do convênio e o seu nome serão mantidos em sigilos e o(a) Sr./Sra. poderá finalizar a ligação quando achar conveniente. A duração desta entrevista é de aproximadamente 7 minutos e, ao final, informaremos o endereço dos pesquisadores caso o (a) Sr./Sra. necessite de algum esclarecimento deles.

O (A) Sr./Sra. concorda em responder essas perguntas?

(Caso afirmativo: iniciar o questionário)

(Caso negativo: desligar o telefone)

Obrigado(a).

Anexo 2. Questionário Utilizado

Nome: _____

Código do convênio: _____

Sexo: Masculino () Feminino ()

Raça: Amarela () Branca () Mulata () Negra ()

Religião: _____

Idade: _____ anos Data de nascimento: ___/___/___

Endereço: _____

Número: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Data da ligação: ___/___/ Horário da ligação: _____

Nome do responsável pela ligação: _____

1. No último mês, sentiu algum problema de saúde? Algum desconforto? Algum mal-estar?

Não () Sim ()

2. Se sim, o que sentiu? Descrever com as próprias palavras:

3. Nos últimos 30 dias, você pensou em procurar cuidado médico por esse problema de saúde que sentiu?

Não () Sim ()

4. O problema de saúde desapareceu sozinho, sem procurar auxílio?

Não () Sim ()

5. Procurou farmacêutico por esse sintoma?

Não () Sim ()

6. Procurou consulta com medicina alternativa? Acupuntura? Quiropraxia? Massagem? Outros?

Não () Sim ()

Se sim, descreva quais: _____

7. Procurou agendar consulta em consultório médico?

Não () Sim ()

8. Se sim, em que especialidade? _____

9. Procurou o pronto-socorro por esse sintoma?

Não () Sim ()

10. Esteve internado em um hospital por esse problema?

Não () Sim () Nome do hospital: _____

Quantos dias de internação? _____

11. Esteve internado em um hospital universitário?

Não () Sim () Nome do hospital: _____

Quantos dias de internação? _____

12. Recebeu atendimento domiciliar?

Não () Sim ()

Se sim, recebeu visita de médico? Não () Sim ()

Enfermeiro? Não () Sim ()

Fisioterapeuta? Não () Sim ()

Nutricionista? Não () Sim ()

Outros? Não () Sim ()

Anexo 3. Tabelas e gráficos complementares

Tabela 12. Taxa de cobertura dos planos de saúde. Assistência médica por ano segundo a Região/UF

Região/UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Região Norte	5	5,7	6,4	6,3	7	7,9	8,6	9,1
Rondônia	3,7	5	5,8	6,3	6,6	6,9	7,5	8,5
Acre	3,5	3,8	4,4	5,4	5,2	5,4	6	6,2
Amazonas	4,2	3,6	4,7	5,7	7,3	9,7	10,7	11,5
Roraima	2,3	2,2	3,5	3,6	3,7	4,4	5,4	5,6
Pará	6,3	7,3	7,9	6,9	7,7	8,1	8,7	9,1
Amapá	4,9	8,3	7,8	7,9	8,5	9,2	9,9	10
Tocantins	3,6	4,1	4,2	4,4	4,2	4,7	5,6	5,5
Região Nordeste	7,4	7,6	7,9	8	8,4	8,8	9,4	9,9
Maranhão	4	3,9	3,7	3,6	3,7	4,2	4,6	4,7
Piauí	3,5	3,8	4,1	4,1	4,5	4,9	5,3	5,5
Ceará	7	7,4	7,4	8,6	9,1	9,7	10,1	11
Rio Grande do Norte	9	9,7	10,6	10,5	11,2	12,2	13	15,1
Paraíba	6,4	7	7,8	7,7	8	8,2	8,3	8,5
Pernambuco	11,4	11,7	12,2	11,7	11,6	12,2	13,4	14,3
Alagoas	5,3	5,7	6,4	7,2	7,9	8,4	8,5	8,9
Sergipe	8	7,7	8,3	8,8	9,2	9,8	10,8	11,7
Bahia	7,7	7,8	7,8	7,9	8,3	8,6	8,9	9,2

Região	29,1	28,4	29,5	30,4	31,2	32	33,8	34,7
Sudeste								
Minas Gerais	17,4	17	17,5	17,9	18,2	19,8	21,1	22,1
Espírito Santo	21,3	20,2	20,8	22,7	23,2	23,6	26,3	29,3
Rio de Janeiro	26,5	27	30,4	31,7	32,2	31,6	32,9	34,2
São Paulo	36,4	35,1	35,6	36,4	37,7	38,7	40,9	41,5
Região Sul	14,2	14,8	16,5	16,8	18,2	19,2	20,4	21,7
Paraná	15,7	16,5	17,8	18,2	18,7	19,5	19,9	20,8
Santa Catarina	15,9	15,7	16,6	16,1	19,4	20,3	21,9	22,2
Rio Grande do Sul	11,8	12,7	15,1	15,9	16,9	18,2	20,2	22,3
Região Centro-Oeste	12,5	13,1	13,4	13,3	13,3	13,5	13,9	14,5
Mato Grosso do Sul	13,2	13,7	14,5	13,8	13,9	13,9	14,4	15,1
Mato Grosso	8,6	9,4	10,6	11,6	9,4	9,1	9,9	10,7
Goiás	8,1	8,1	8,6	8,8	9,3	9,8	10,9	12,3
Distrito Federal	27,2	29,2	27,4	25,7	26,9	27,5	24,7	23,5
Total	17,8	17,8	18,6	19,1	19,8	20,5	21,6	22,4

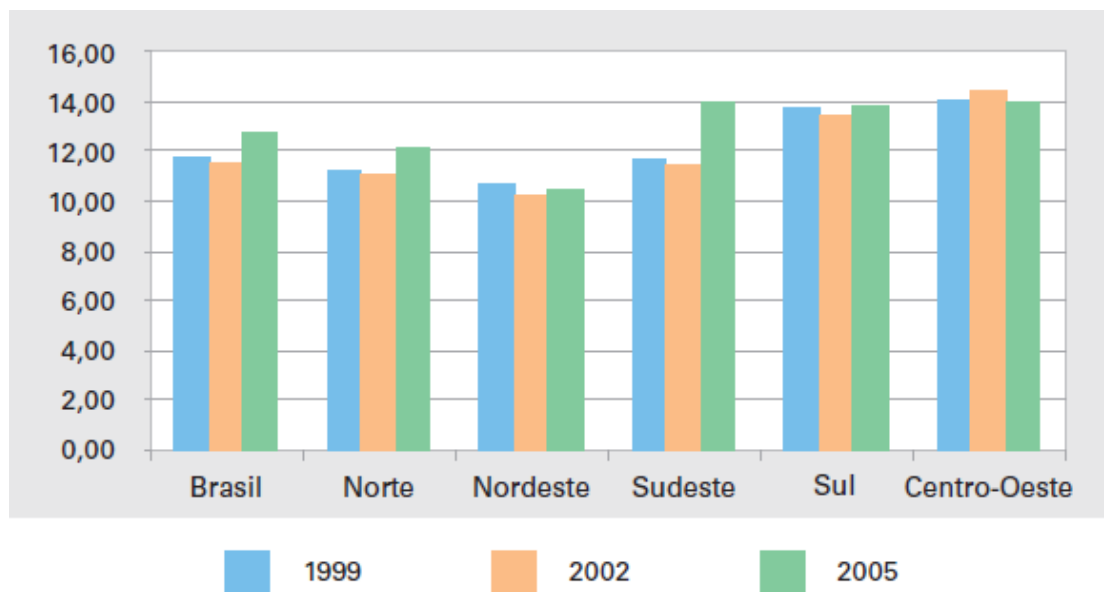
Tabela 13. Internações, no ano de 2004, em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa, segundo as Regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas e Municípios das Capitais. Brasil – 2005⁴⁸

Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios das Capitais	Internações, no ano de 2004, em estabelecimentos de saúde						
	Total	Esfera administrativa					
		Público				Privado	
		Total	Federal	Estadual	Municipal	Total	SUS
Brasil	23 252 613	7 022 089	552 505	2 674 128	3 795 456	16 230 524	10 630 932
Norte	1 746 554	1 100 735	28 764	586 850	485 121	645 819	481 331
Rondônia	236 946	175 436	-	25 392	150 044	61 510	11 328
Porto Velho	48 068	21 144	-	21 144	-	26 924	5 139
Acre	98 732	80 937	3 780	75 399	1 758	17 795	14 591
Rio Branco	64 406	49 417	3 652	45 765	-	14 989	11 865
Amazonas	421 075	354 896	12 712	320 706	21 478	66 179	23 233
Manaus	321 558	270 253	7 041	260 439	2 773	51 305	19 668
Roraima	30 223	26 098	2 651	18 537	4 910	4 125	805
Boa Vista	26 958	22 833	2 651	17 433	2 749	4 125	805
Pará	741 531	317 451	8 472	51 385	257 594	424 080	376 199
Belém	166 618	56 496	4 920	34 161	17 415	110 122	75 168
Amapá	65 372	30 638	399	27 300	2 939	34 734	31 173
Macapá	55 729	21 922	-	21 922	-	33 807	31 173
Tocantins	152 675	115 279	750	68 131	46 398	37 396	24 002
Palmas	24 836	15 655	-	15 655	-	9 181	5 763
Nordeste	5 254 978	2 260 057	121 467	848 259	1 290 331	2 994 921	2 323 923
Maranhão	571 932	400 888	20 061	32 956	347 871	171 044	134 022
São Luís	176 056	106 405	19 269	13 979	73 157	69 651	41 993
Piauí	368 124	247 512	2 296	203 028	42 188	120 612	98 936
Teresina	144 969	90 537	-	62 724	27 813	54 432	35 376
Ceará	757 463	341 245	18 794	54 682	267 769	416 218	378 287
Fortaleza	303 565	125 075	17 401	54 145	53 529	178 490	146 597
Rio Grande do Norte	263 420	120 102	17 942	54 597	47 563	143 318	117 098
Natal	108 351	47 204	14 932	28 031	4 241	61 147	39 664
Paraíba	382 485	185 085	8 266	99 562	77 257	197 400	169 456
João Pessoa	141 706	44 190	5 342	17 405	21 443	97 516	78 055
Pernambuco	740 119	342 513	14 992	174 570	152 951	397 606	292 846

Recife	328 870	143 833	14 339	110 815	18 679	185 037	118 048
Alagoas	358 717	85 059	7 208	37 365	40 486	273 658	262 134
Maceió	136 791	35 126	7 208	27 117	801	101 665	93 863
Sergipe	179 209	27 532	1 163	18 613	7 756	151 677	143 754
Aracaju	124 452	17 567	1 163	16 093	311	106 885	98 962
Bahia	1 633 509	510 121	30 745	172 886	306 490	1 123 388	727 390
Salvador	279 623	87 228	11 712	75 516	-	192 395	141 732
Sudeste	10 794 799	2 315 352	247 704	809 657	1 257 991	8 479 447	4 396 781
Minas Gerais	2 003 991	436 465	67 275	92 559	276 631	1 567 526	1 335 210
Belo Horizonte	384 838	92 360	16 096	64 409	11 855	292 478	172 611
Espirito Santo	352 300	112 322	8 615	94 729	8 978	239 978	175 743
Vitória	130 684	72 414	8 615	63 799	-	58 270	44 620
Rio de Janeiro	1 874 168	762 460	130 017	95 686	536 757	1 111 708	646 838
Rio de Janeiro	904 347	463 457	119 916	73 908	269 633	440 890	139 726
São Paulo	6 564 340	1 004 105	41 797	526 683	435 625	5 560 235	2 238 990
São Paulo	1 263 602	421 733	29 470	258 947	133 316	841 869	376 570
Sul	3 671 762	631 369	107 528	196 343	327 498	3 040 393	2 594 506
Paraná	1 510 301	307 267	36 154	81 079	190 034	1 203 034	1 029 157
Curitiba	388 392	104 048	36 154	31 022	36 872	284 344	190 787
Santa Catarina	691 013	135 979	10 261	83 544	42 174	555 034	482 121
Florianópolis	69 823	40 922	10 261	30 661	-	28 901	10 633
Rio Grande do Sul	1 470 448	188 123	61 113	31 720	95 290	1 282 325	1 083 228
Porto Alegre	271 783	45 520	28 959	3 403	13 158	226 263	170 099
Centro-Oeste	1 784 520	714 576	47 042	233 019	434 515	1 069 944	834 391
Mato Grosso do Sul	318 777	77 026	10 989	17 051	48 986	241 751	199 822
Campo Grande	114 355	26 899	9 244	17 051	604	87 456	60 296
Mato Grosso	369 044	152 844	7 386	15 087	130 371	216 200	172 974
Cuiabá	67 988	12 157	3 701	1 401	7 055	55 831	36 899
Goiás	907 025	344 472	10 580	78 734	255 158	562 553	448 088
Goiânia	356 231	100 220	10 382	76 472	13 366	256 011	180 375
Distrito Federal	189 674	140 234	18 087	122 147	-	49 440	13 507
Brasília	189 674	140 234	18 087	122 147	-	49 440	13 507

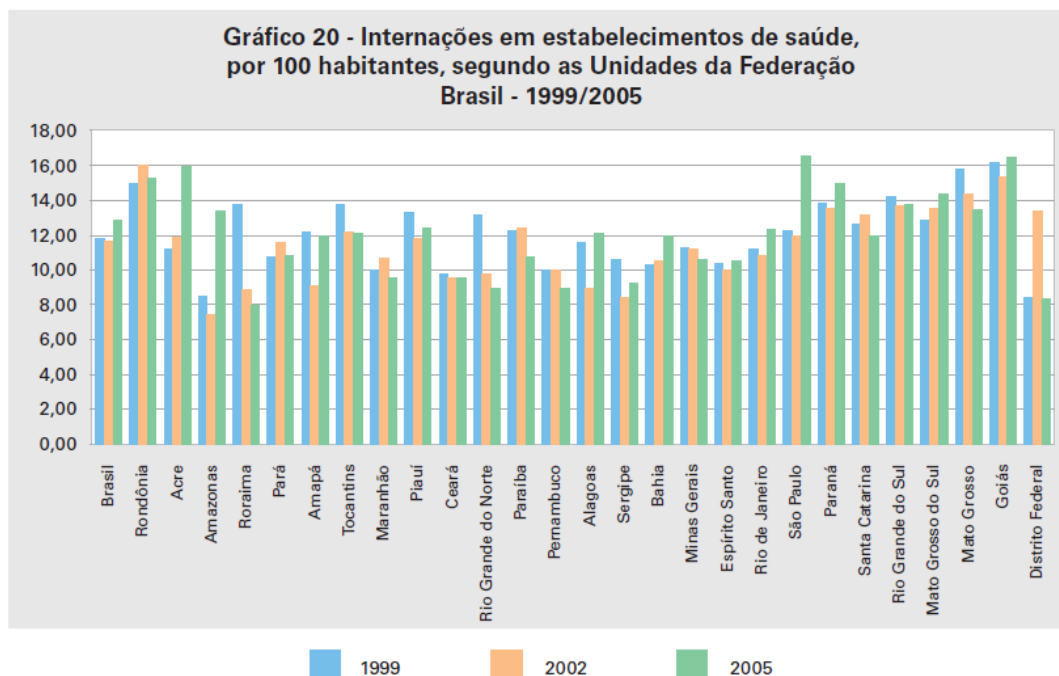
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2005

Figura 11. Internações em estabelecimentos de saúde por 100 habitantes, segundo as Regiões. Brasil – 1999/2005⁴⁸



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 1999/2005.

Figura 12. Internações em estabelecimentos de saúde, por 100 habitantes, segundo as Unidades da Federação. Brasil – 1999/2005⁴⁸



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 1999/2005.



“The good news is that you have my favorite disease.”



Referências
Bibliográficas

8. Referências Bibliográficas

- 1 Bogdewic SP. The questioning machine. *Fam Med.* 2000;32(10):670-2.
- 2 Crookshank FG. The theory of diagnosis. *Lancet.* 1926;2:939.
- 3 McWhinney IR. *A textbook of family medicine.* Oxford: Oxford University Press; 1997.
- 4 Boelen C Haq C, Hunt V, Rivo M, Shahady E. *Improving health system: the contributions of family medicine. A guideboook* Collaborative Project of the World Organization of Family Doctor-WONCA & World Health Organization. Singapore: Bestprint Printing Company;2002.
- 5 Baron RJ. Bridging clinical distance: an empathic rediscovery of the known. *J Med Philos.* 1981;6:5-23.
- 6 Ahb AC, Tewari M, Poon CS, Phillips RS. The limits of reductionism in medicine: could systems biology offer an alternative? *PLoS Med.* 2006;3:709-13.
- 7 Saultz JW. *An overview and history of speciality of family practice.* Textbook of family medicine: defining and examining the discipline. New York: McGraw- Hill; 2000. p.3-16.

-
- 8 Flexner A. *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. New York: s.n.; 1910.
 - 9 Flexner A. *Medical education: a comparative study*. New York: MacMillan; 1925.
 - 10 Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludemerer KM. () American medical education 100 years after the Flexner report. *N Engl J Med*. 2006;355:1339-44.
 - 11 Reiser SJ. *Medicine and the reign of technology*. New York: Cambridge University Press; 1978.
 - 12 Starfield B. Threads and yarns: weaving the tapestry of comorbidity. *Ann Fam Med*. 2006;524:101-3.
 - 13 Stephens G. *The intellectual basis of family practice*. Kansas: Winter Publishing Company; 1988.
 - 14 McWhinney IR. The importance of being different. *Br J General Pract*. 1996; 46:433-6.
 - 15 Oliveira NA. *Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS –um estudo a partir de seis estados brasileiros* [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2007.
 - 16 Lipkin M. *Toward the education of doctors who care for the needs of people: innovative approaches in medical education. New directions for medical education: problem based learning and community oriented medical education*. New York: Springer-Verlag; 1989.

-
- 17 Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA. Princípios da medicina de família. São Paulo: SOBRAMFA – Sociedade Brasileira de Medicina de Família; 2003.
 - 18 World Health Organization (WHO- UNICEF). *Primary health-care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. USSR, 6-12 September 1978*. Geneva: World Health Organization; 1978.
 - 19 Blasco PG, Haq C, Freeman J, Janaudis MA. Educando os médicos para a saúde no Brasil: o papel da medicina de família. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*. 2004;152:18-19.
 - 20 World Health Organization (WHO). *Proceeding of the 48th World Health Assembly*. Geneva: WHO; 1995.
 - 21 Moreto G, De Benedetto MAC, Roncoletta AFT, Lamus F, Blasco PG. La educación médica y la propuesta “Salud para todos”: la Declaración de Alma-Ata treinta años después 2008. *Cuadernos de medicina en investigación y salud*. 2008;2 (2):109–19.
 - 22 Jamshidi HR, Cook DA. Some thoughts on medical education in the twenty-first century. *Med Teach*. 2003;25 (3):229-38.
 - 23 Kaufman A, Waterman RE. *Health of the public: a challenge to academic health centers. Strategies for reorienting academic health centers toward community health needs. Health of the Public Program*. San Francisco: University of California; 1993.

-
- 24 Lowry S What's wrong with medical education in Britain? *BMJ*. 1992;305:1277-80.
- 25 Toews J Presenting the patient as a person: a challenge to medical education. *Hum Med*. 1990;6:180-5.
- 26 Miranda JFAM. *Educação médica: estudo do impacto da adoção da estratégia saúde da família no internato médico* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Católica de Petrópolis, Faculdade de Educação; 2003. 252p.
- 27 Bulcão LG. O ensino médico e os novos cenários de aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2004;2 (28):61-72.
- 28 Brasil. Ministério da Educação. *Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina*. Brasília: Parecer da CNE/CES n. 1133. Agosto de 2001.
- 29 Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do PROMED. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008;32 (3):333-46.
- 30 Colditz GA. Medical education meeting community needs. *Med Educ*. 1983;17:291-5.
- 31 Grosseman S, Patricio ZM. A relação médico paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2004;28: 100-5.

-
- 32 Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Aten Primaria*. 2006;38(4):225-9.
- 33 Begon M, Townsend CR, Harper JL. *Ecología de individuos a ecosistemas*. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. 740p.
- 34 Fryer GE, Green LA. Variation in the ecology of medical care. *Ann Fam Med*. 2003;1:81-9.
- 35 White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 1961; 265:885-92.
- 36 Green LA, et al. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001;26344:2021-25.
- 37 Bethesda MD. Putting research in to practice. Report of the Task Force on Building Capacity for Research in Primary Care. Task Force on Building Capacity for Research in Primary Care. Agency for Health Care Policy and Research; 1993.
- 38 Godwin M, Grzybowski S, Stewart M, et al. Need for an institute of primary care research within the Canadian Institutes of Health Research. *Can Fam Physician*. 1999;45:1405-09; 1417-21.
- 39 White K. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. *Health Serv Res*. 1997;32:11-21.
- 40 Rakel RE. *The family physician – Essentials of family practice*. Philadelphia: WB Saunders; 1998. p.3-20.

-
- 41 Foreword GH, DeFriese. A brief symposium: in honor of Kerr L. White. *Health Serv Res.* 1997;32:3-4.
- 42 Department of Health and Human Services, Public Health Service, Health Resources and Services Administration. *Executive Summary, Health Resources and Services Administration. The National Primary Care Conference.* Washington DC: s.n.; 1992.
- 43 Leung GM, Wong IOL, Chan WS, Choi S, Lo SV. The ecology of health care in Hong Kong. *Soc Sci Med.* 2005;61:577-90.
- 44 Lee TH. Ecology in evolution [editorial]. *N Engl J Med.* 2001;344 (26):2018-20.
- 45 Dovey S, Weitzman M, Fryer G, Green L, Yawn B, Lanier D, Phillips R. The ecology of medical care for children in the United States. *Pediatrics.* 2003;111;1024-29.
- 46 Chou LF. The ecology of mental health care in Taiwan. *Adm Policy Ment Health and Mental Health Research* 2006;33 (4) 492-8.
- 47 Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 12/2009 e População – IBGE/Datasus/2009.* Disponível em: www.ans.gov.br.
- 48 Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2005.* IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2006. 162p.

-
- 49 Roghmann KJ. The diary as research instrument in the study of health and illness behaviour. *Med Care*. 1972;10:143.
- 50 Goldberg W, Goldfrank L. Resposta ao editor Green, et al. *N Engl J Med*. 2001;345 (16):1211-2.
- 51 Szwarcwaid CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Azevedo LO, Leal MC, Queiroz RSB. O Brasil em números – Pesquisa Mundial de Saúde. *Radis*. 2004;14-33.
- 52 Hannay DR. *The symptom iceberg: a study in community health*. London: Routledge and Kegal Paul; 1979.
- 53 Burt CW, McCaig LF, Rechtsteiner EA. *Ambulatory medical care utilizations estimates for 2005*. US Department of Health and Human Services: National Center for Health Statistics; 2007.
- 54 Schappert SM. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 1997. *Vital Health Stat 13*. 1999; (143):1-39.
- 55 Cherry DK, Hing E, Woodwell DA, Rechtsteiner EA. *National ambulatory medical care survey. Summary Department of Health and Human Services*. Hyattsville: National Center for Health Statistics; 2006.
- 56 Stange KC, Zyzanski SJ, Jáen CR, et al. Illuminating the “Black Box”. A description of 4.454 patient visit to 138 family physicians. *J Fam Pract*. 1998;46 (5):377-89.

-
- 57 Schneeweiss R, Rosenblatt RA, Chekin DC, Kirkwood CR, Hart G. Diagnosis cluster: a new tool for analyzing the content of ambulatory medical care. *Med Care*. 1983;21 (1):105-22.
- 58 Schneeweiss R, Cherkin DC, Hart LG, et al. Diagnosis cluster adapted for ICD-9 CM and ICH-2. *J Fam Pract*. 1986;22 (1):69-72.
- 59 Stange KC. A science of connectedness. *Ann Fam Med*. 2009;7:387-95.
- 60 Engel CL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137:535.
- 61 Blank D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2006;30 (1):28-31.
- 62 Like R, Zyzanski SJ. Patient requests in family practice: a focal point for clinical negotiations. *Fam Pract*. 1986;3 (4):216-28.
- 63 Norris TE, Schaad DC, DeWitt D, Ogur MB, Hunt DD, and members of the Consortium of Longitudinal Integrated Clerkships. Longitudinal integrated clerkships for medical students: an innovation adopted by medical schools in Australia, Canada, South Africa, and the United States. *Acad Med*. 2009; 84 (7):902-7.
- 64 Ogur B, Hirsh D. Learning through longitudinal patient care-narratives from the Harvard Medical School. Cambridge Integrated Clerkship. *Acad Med*. 2009;84:844-50.

-
- 65 Prislin MD, Feighny KM, Stearns JA, Hood J, Arnold L, Erney S, Johnson L. What students say about learning and teaching in longitudinal ambulatory primary care clerkships: a multi-institutional study. *Acad Med.* 1998;73:680-7.
- 66 Kloetzel K. *Medicina ambulatorial: principios básicos*. São Paulo: EPU; 1999.
- 67 Médici AC. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Rev Ass Méd Brasil.* 2001;47 (2):149-56.
- 68 Fraser RC. Undergraduate medical education: present state and future needs. *BMJ.* 1991;303:41-43.
- 69 Worley P, Esterman A, Prideaux D. Cohort study of examination performance of undergraduate medical students learning in community settings. *BMJ.* 2004;328:207-9.
- 70 Murray E, Jolly B, Modell M. Can students learn clinical method in general practice? A randomised crossover trial based on objective structured clinical examinations. *BMJ.* 1997;315:920-3
- 71 Irby DM. Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. *Acad Med.* 1995;70 (10):898-931.
- 72 Span SJ. Importancia y función del Departamento de Medicina de Família em la Facultad de Medicina: una perspectiva internacional. *Aten Primaria.* 2009;41 (5):235-7.
- 73 Payne SMC. Identifying and managing inappropriate hospital utilization: a policy synthesis. *Health Serv Res.* 1987;22:709-69.

-
- 74 Levites MR, Roncoletta AFT, Mônico CF. Impacto das novas competências do médico de família: coordenação de cuidados no hospital e gerenciamento de pacientes crônicos no domicílio. *O Mundo da Saúde São Paulo*. 2009;33 (1):108-13.
- 75 Levites MR, Mônico CF, Lomelino S, Miyagi MM. *Long stay patients in a tertiary hospital in São Paulo, Brazil. Is this trend reversible? The Network TUFH Conference*. Bogotá; 2008.
- 76 Steinweg KK. Embracing the ecology of geriatrics to improve family medicine education. *Fam Med*. 2008;40 (10):715-20.
- 77 Morrison J. Learning in teaching hospitals and the community: time to get the balance right. *Med Educ*. 2006;40:92-3.
- 78 Verbrugge LM, Ascione FJ. Exploring the iceberg – Common symptoms and how people care for them. *Med Care*. 1987;25 (6):539-64.
- 79 Dunnell K, Cartwright A. *Medicine takers, prescribers and hoarders*. London: Routledge & Kegan Paul; 1972.
- 80 Marcus AC. Memory aids in longitudinal health surveys: results from a field experiment. *Am J Public Health*. 1982;72:567.
- 81 Brody EM, Kleban MH. Day to day mental and physician health symptoms on older people: a report on health logs. *Gerontologist*. 1983;23:75.
- 82 Okkes IM, Polderman GO, Fryer GE, Yamada T, Bujak M, Oskan SK, Green LA, Lamberts H. The role of family practice in different

-
- health care systems. A comparison of reasons for encounter, diagnoses, and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, Poland, and United States. *J Fam Pract.* 2002;51 (1):72-3.
- 83 Benedetto MAC, Pinheiro TRP, Levites MR, Blasco PG. Ambulatório didático de cuidados paliativos: relato de experiência *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos.* 2010;3 (1): 27-32.
- 84 Starfield B. Is primary care essential? *Lancet.* 1994;344:1129-33.
- 85 Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med.* 1978;88:251-8.
- 86 Stange K, Miller WL, McWhinney I. What is the science base of family practice and how will it be developed. Keystone III Conference; 2000. Disponível em: <http://aafp.org/keystone/stange.html>.
- 87 Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method.* (Thousand Oaks: Sage Publications; 1995.)
- 88 Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2008;32 (1):90-7.
- 89 Stephens GG. Acts of endearment. *Can Fam Physician.* 1992;38:2842-5.

-
- 90 McCormick J. The death of the personal doctor. *Lancet*. 1996;348:667-8.
- 91 Blasco PG. *O médico de família, hoje*; São Paulo: SOBRAMFA Publicações; 1997.
- 92 Thorn GW, et al. *Harrison's principles of internal medicine*. New York: McGraw-Hill; 1977.
- 93 Blasco PG. Los cuatro pilares de la medicina de familia. *Archivos em Medicina Familiar*. 2004;6 (2):31-3.
- 94 Blasco PG. O paciente e a família perante a morte: o papel do médico de família. *Meaning*. 2009;5 (2):12-5.
- 95 Stange K. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions [editorial]. *Ann Fam Med*. 2009;7 (2):100-3.
- 96 White KL. *The task of medicine dialogue at Wickemburg*. Menlo Park, California: The Henry J Kaiser Family Foundation; 1988..
- 97 Rosenthal TC, Majeroni BA, Pretorius R, Malik K. Fatigue: an overview. *Am Fam Physician*. 2008;78 (10):1173-9.
- 98 Verhaak PFM, Meijer SA, Visser AP, Wolter G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract*. 2006;414-20.
- 99 Anderson M, Hartz A, Nordin T, Rosenbaum M, Noyes R, James P, Ely J, Agarwal N, Anderson S. Community physician's strategies for patients with medically unexplained symptoms. *Fam Med*. 2008;40 (2):111-8.

-
- 100 Bokhoven MA, Koch HL, Weijden T, Grol RPTM, Kester AD, Rinkens PELM, Bindels PJE, Dinant GJ. Influence of watchful waiting on satisfaction and anxiety among patients seeking care for unexplained complaints. *Ann Fam Med.* 2009;7:112-20.
- 101 Nordim TA, Hartz AJ, Noyes R. Empirically identified goals for the management of unexplained symptoms. *Fam Med.* 2006;38(7):476-82.
- 102 Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *Fam Med.* 2000;32:603-11.
- 103 Bentesen BG. International classification of primary care. *Scand J Prim Health Care.* 1986;4:43-50.
- 104 Rosser WW. Application of evidence form randomized controlled trials to general practice. *Lancet.* 1999;353:661-4.
- 105 Rosser WW. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? *J Fam Pract.* 1996;42:139-44.
- 106 Lotufo PA, Bensenor IM. *Epidemiologia: abordagem prática.* São Paulo: Sarvier; 2005.
- 107 Blasco PG, Benedetto MA, Villaseñor IR. El arte de curar: el médico como placebo. *Aten Primaria.* 2008;40 (2):93-5.
- 108 Ballint M. *O médico, seu paciente e a doença.* 2a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.

-
- 109 Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*. 1999;15 (1):187-93.
- 110 Stella RCR, Abdalla IG, Lampert JB, Perin GL, Silva RHA, Costa NMSC. Cenários de prática e a formação médica na assistência em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008:63-9.
- 111 Palmer PJ *The courage to teach*. San Francisco: Jossey-Bass;.1998.
- 112 Ullian JÁ. *Family practice resident's perceptions of the role of preceptor: a content analysis of written evaluative comments* [Ph.D dissertation]. University of Minnesota, 1989.
- 113 Ullian JA, Bland CJ, Simpson DE. An alternative approach to defining the role of the clinical teacher. *Acad Med*. 1994;69:832-8.
- 114 Irby DM, Ramsey P, Gillmore GM, Schaad D. Characteristics of effective clinical teachers of ambulatory care medicine. *Acad Med*. 1991;66:54-5.
- 115 Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Ann Intern Med*. 2005;142:691-9.
- 116 Weiss BD. *20 common problems in primary care*. New York: McGraw-Hill; 1999.
- 117 Marias J. *Entrevista realizada em Madrid, em 26/5/1999, por Jean Lauand e Elian Lucci*. Edição e tradução: Gabriel Perissé.
- 118 Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saude Publica*. 1997;13 (1):141-4.

-
- 119 Blasco PB, 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):619-21.
- 120 Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen N, Pfaff H. Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns.* 2009;74:339-46.
- 121 Levites M, Blasco PG. Competencia y Humanismo: la Medicina Familiar en busca de la excelencia. *Archivos de Medicina Familiar y General.* 2009;6 (2):2-9.
- 122 Beasley JW, Hankey TH, Erickson R, et al. How many problems do family physicians manage at each encounter? A WReN study. *Ann Fam Med.* 2004;2 (5):405-10.
- 123 Lampert JB, Costa NMSC, Perim GL, Abdalla IG, Silva RHA, Stella RCR. Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2009;33:19-34.
- 124 Maeseneer JM, Driel ML, Green LA, Well C. The need for research in primary care. *Lancet.* 2003;62:1314-19.
- 125 White KL. Two cheers for ecology. *Ann Fam Med.* 2003;1 (2):67-8.
- 126 Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med.* 2005;3:159-66.

-
- 127 Nutting PA, Goodwin MA, Flocke AS, Zyzanski SJ, Stange K. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med.* 2003;1:149-55.
- 128 Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med.* 2003;1:134-43.
- 129 Janaudis MA, Levites MR, Roncoletta AFT, Garcia DSO, Moreto G, Benedetto MAC, Pinheiro TR, Blasco PG. The Brazilian approach to make medical students enthusiastic for family. *Prim Care.* 2009;9(15):280-1.
- 130 Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR, Roncoletta AFT, Moreto G, Benedetto MAC, Pinheiro TRP. How one family medicine organizations is working to change the climate. *Fam Med.* 2009;412:132-44.
- 131 Blasco PG, Levites MR, Janaudis MA, Roncoletta AFT, Moreto G, Roncoletta AFT, Benedetto MAC, Pinheiro TRP. Family medicine education in Brazil: challenges, opportunities, and innovations. *Acad Med.* 2008;83 (7):684-9.
- 132 Janaudis MA, Levites MR, Roncoletta AFT, Moreto G, Benedetto MAC, Pinheiro TRP, et al. SOBRAMFA has promoted family medicine education in Brazil since 1002. *Med Educ.* 2008;42:115.
- 133 Blasco PB, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA. Impacto de la medicina de familia en la facultad de medicina:

-
- análisis cualitativo de una experiência. *Tribuna Docente on Line*. 2006;8 (4):1-8.
- 134 Roncoletta AFT, Blasco PG. La situación de la medicina de familia en la universidad brasilena. *Tribuna Docente on Line*. 2006;8 (5):1-10.
- 135 Roncoletta AFT, Blasco PG, Moreto G, Levites MR. Medicina de familia y universidad brasilena (II): actividades docentes de la SOBRAMFA com estudiantes de medicina. *Tribuna Docente on Line*. 2007;9 (2):1-6.
- 136 Blasco PG, Moreto G, Levites MR. Teaching humanities through opera: leading medical students to reflective attitudes. *Fam Med*. 2005;37(1):18. Disponível em: www.stfm.org/fmhub/fm2005/January
- 137 Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. Using movie clips to foster learners' reflection: improving education in the affective domain. *Fam Med*. 2006;38 (2):94-6. Disponível em: www.stfm.org/fmhub/fm2006/February/Pablo94.pdf.
- 138 Blasco PG. Literature and movies for medical students. *Fam Med*. 2001;33:6:4268. Disponível em: www.stfm.org/fmhub/Fullpdf/June01/LAME.pdf.
- 139 Lifshitz A. The human, humanistic, humanist and humanitarian in medicine. *Gac Med Mex*. 1997;133 (3):237-43.

140 Azevedo GD, Vilar MJP. Educação médica e integralidade: o real desafio para a profissão médica *Rev Bras Reumatol.* 2006;46: 407-9.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)