

# *Semiologia Integrada: uma Experiência Curricular de Aproximação Antecipada e Integrada à Prática Médica*

## *Integrated Basic Clinical Skills: a Curricular Experience with Early, Comprehensive Exposure to Clinical Practice*

Mario Alfredo de Marco<sup>1</sup>  
Ana Cecília Lucchese<sup>1</sup>  
Cíntia Camargo Dias<sup>1</sup>  
Cristiane Curi Abud<sup>1</sup>  
Luiz Antonio Nogueira Martins<sup>1</sup>

### **PALAVRAS-CHAVE**

- Educação médica.
- Psicologia médica.
- Anamnese.
- Currículo.

### **KEYWORDS**

- Education, medical.
- Psychology, medical.
- Medical history taking.
- Curriculum.

Recebido em: 29/01/2008

Reencaminhado em: 02/04/2008

Aprovado em: 14/07/2008

### **RESUMO**

*Para evitar a fragmentação e a estereotipia e favorecer uma aproximação antecipada da prática médica, foi introduzido o curso de Semiologia Integrada no programa do segundo ano do curso médico da Unifesp. Este curso inclui a realização de anamneses no hospital, seguidas de discussões que contam com a participação conjunta dos professores de Psicologia Médica e de professores de diferentes áreas da Semiologia (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Geriatria). Foi dada atenção especial para apresentar ao estudante de Medicina um modelo que integrasse os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do adoecer. Este artigo apresenta o projeto e as observações preliminares, que sugerem um importante potencial integrador tanto para os alunos quanto para os professores. São necessárias avaliações futuras para comprovar essas observações.*

### **ABSTRACT**

*An early clinical exposure program was developed with the aim of avoiding fragmentation and stereotyped behaviors during medical training. Second-year medical students received an introductory course on Integrated Basic Clinical Skills (BCS), which included hospital rounds followed by case discussions led jointly by faculty members from medical psychology and various clinical areas (internal medicine, pediatrics, obstetrics, gynecology, and geriatrics). Special care was taken to provide a model in which medical students could learn about biological, psychological, and social aspects of illness within the same format. The article discusses the objectives, logistics, and staff of the course, based on the experience at the Federal University in São Paulo. The model offers an integrated model for both students and faculty. Further studies are necessary to evaluate these preliminary findings.*

## INTRODUÇÃO

A dissociação e a fragmentação dos programas de ensino em Medicina têm sido objeto de diversos estudos<sup>1-6</sup>. Por outro lado, a antecipação da exposição dos alunos a cenários da prática tem sido preconizada e aplicada em diversas instituições, tendo recebido grande impulso com os programas de Aproximação à Prática Médica e os projetos Promed e Pró-Saúde<sup>6-7</sup>.

Em relação à fragmentação, algumas ações vêm sendo propostas e empreendidas para reparar esta distorção e suas consequências<sup>8-14</sup>.

Em nossa instituição, graças à confluência de uma série de fatores, há alguns anos temos angariado ampla participação de diversos setores e profissionais, mobilizados para investir numa integração curricular, coroando um processo que sempre esteve em pauta como uma de nossas grandes preocupações. Uma contribuição significativa surgiu a partir da reformulação curricular de 2003, quando foram introduzidos módulos de Aproximação à Prática Médica com a finalidade de antecipar o contato dos alunos com diferentes práticas e cenários de prática.

Uma característica importante na estruturação desses módulos foi a iniciativa de envolver, numa prática conjunta, professores de diferentes áreas e disciplinas. Assim, por exemplo, na experiência do módulo Observação das Práticas Médicas, que proporciona contato com a prática assim que o aluno inicia o curso – o módulo ocorre no primeiro semestre do primeiro ano –, foi criada a oportunidade de um grupo de professores de diferentes áreas e disciplinas discutir a prática com um grupo de alunos. Na história da instituição, nunca uma prática de ensino de graduação havia conseguido colocar num trabalho conjunto um número e uma variedade de professores deste porte (para cada grupo de 30 alunos trabalham, lado a lado, cerca de oito professores de diferentes áreas).

É dentro deste movimento, integrando os módulos de Aproximação à Prática Médica, que se estrutura o módulo de Semiologia Integrada, como iniciativa que visa reparar a dissociação presente na abordagem semiológica na qual campeava o seguinte quadro: o programa de Psicologia Médica, que ocorria no primeiro e no segundo ano do curso, buscava colocar o aluno em contato com conhecimentos e treinamento, visando capacitá-lo a perceber, valorizar e manejar, nas entrevistas com os pacientes, os aspectos psicossociais, a relação e a comunicação. Nessa perspectiva, era enfatizada a importância de uma visão processual do adoecer. Paradoxalmente, nos anos posteriores, quando recebia treinamento nas clínicas específicas, o aluno se defrontava com uma visão e uma prática focalizadas somente na doença e basicamente nos sintomas e aspectos físicos.

Esta situação era percebida e sistematicamente criticada pelos próprios alunos tanto nas discussões em aula como em contatos informais. Nas aulas, em particular no segundo ano, os alunos relatavam criticamente como percebiam que, no treinamento de colegas que frequentavam anos mais avançados, a preocupação com os aspectos psicossociais, o vínculo e a comunicação estava praticamente ausente. Será que eles teriam o mesmo destino? Eles manifestavam apreensão e curiosidade em saber como e quando ocorria essa perda de contato.

É nesse cenário que o módulo de Semiologia Integrada surge como parte das ações para equacionar essas distorções, tentando integrar o ensino da Psicologia Médica com o ensino das diferentes áreas e especialidades.

## A PSICOLOGIA MÉDICA NA UNIFESP

### Histórico

A disciplina de Psicologia Médica foi introduzida no currículo médico da EPM em 1956, integrando o programa do terceiro ano do curso.

Inicialmente, o curso era basicamente teórico (aulas para toda a turma), mas gradualmente foram introduzidas atividades práticas, em que os alunos faziam entrevistas com indivíduos em várias etapas da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos), em situações tanto de saúde como de doença. A partir de 1986, a disciplina passou a integrar o currículo nos três primeiros anos, ampliando significativamente sua participação e aprofundando o deslocamento da ênfase da informação para a formação, privilegiando a experiência e as vivências. Para tanto, o trabalho passou a ser realizado primordialmente em pequenos grupos (de 10 a 15 alunos), de forma a permitir o estabelecimento de espaço para discussões e elaboração das vivências<sup>15-16</sup>.

Diferentes estratégias de sensibilização passam a ser utilizadas: leitura de textos, projeção de filmes, *role-playing* e palestras de profissionais de várias especialidades (Oncologia e Terapia Intensiva, entre outras) que discutem com os alunos as experiências emocionais vividas em suas práticas profissionais. A partir de 2000, dentro do programa de reforma curricular, a disciplina de Psicologia Médica passou a ser incluída no quarto ano, durante a passagem dos alunos pelo Centro de Saúde da Vila Mariana. Por outro lado, desde 1993, durante o estágio do internato em Psiquiatria, os alunos participam uma tarde por semana de uma atividade – grupo de reflexão – sobre aspectos psicológicos da prática médica, com ênfase nas discussões sobre os fatores gratificantes e estressantes do exercício da medicina, salientando-se os aspectos ligados aos dilemas éticos e à saúde mental do estudante, do residente e do médico.

A evolução importante a ressaltar é o caráter experiencial e formativo do curso, antes restrito à transmissão teórica de as-

pectos do desenvolvimento da personalidade, por meio de aulas semanais positivas que se estendiam por um semestre.

As aulas eram, de início, atribuídas exclusivamente a psiquiatras, situação que, acompanhando nossa característica de funcionamento multiprofissional e multidisciplinar, evoluiu incluindo a participação de profissionais de diferentes campos de atividade (médicos de outras especialidades, psicólogos, terapeutas ocupacionais).

Na realidade, o curso de Psicologia Médica está cada vez mais integrado a uma visão ampliada do trabalho em nosso serviço, no qual temos, cada vez mais, funcionado numa perspectiva de educação continuada dos estudantes e profissionais de saúde. Esta perspectiva é executada, integradamente, por intermédio de nossas diferentes atividades (psicologia médica, interconsulta, programas de ligação em saúde mental, programas de capacitação e múltiplas oportunidades de contato com os estudantes e com os profissionais). O curso regular de Psicologia Médica é articulado para funcionar em sua parte prática (que temos introduzido cada vez mais cedo) em integração com as demais atividades que desempenhamos no hospital e em outros cenários de atendimento. Dessa forma, acompanhamos e/ou estamos disponíveis para acompanhar os estudantes ao longo de todos os momentos de sua evolução na formação<sup>15</sup>.

Em nosso trabalho, o que almejamos é capacitar os estudantes e profissionais, teórica e praticamente, para a percepção do ser e do adoecer em sua realidade integral, biopsicossocial. A capacitação envolve, de forma privilegiada, o estudo das relações, dos vínculos e do processo de observação. Neste sentido, consideramos uma tarefa essencial contribuir para a evolução da capacidade de observação e o desenvolvimento de um enfoque crítico, epistemológico, do processo observacional.

### Situação atual

Atualmente, a Psicologia Médica está presente no currículo do primeiro ao quinto ano do curso de Medicina. Como a finalidade deste trabalho é relatar nossa experiência no módulo de Semiologia Integrada, vamos nos restringir aos programas de Psicologia Médica que antecedem e preparam para essa experiência.

### Psicologia Médica – primeiro ano

O programa do curso de Psicologia Médica do primeiro ano da graduação foi planejado para que o aluno amplie seus conhecimentos e capacidades para lidar com as pessoas e com as relações. Procuramos alcançar este objetivo por intermédio de uma abordagem pluridisciplinar (estudo do objeto por meio de diferentes perspectivas disciplinares) e interdisciplinar (transferência de métodos de outras disciplinas).

Por meio da perspectiva histórica, é contextualizado o momento atual da medicina e os diferentes movimentos que se empenham em promover a transição de um modelo biomédico para um modelo biopsicossocial.

É enfatizada a diferença que os dois modelos produzem em resposta à questão: que médicos queremos formar?

No modelo biomédico, evidentemente, a capacitação do profissional está dirigida às suas habilidades técnico-instrumentais, enquanto no modelo biopsicossocial, além destas capacidades, é necessário o reconhecimento e a evolução das capacidades relacionais/comunicacionais. Nesse contexto e explicitando nossa adesão ao modelo biopsicossocial, nosso objetivo neste módulo é favorecer a capacitação para estas outras habilidades<sup>15,16</sup>.

A intenção é aguçar a observação dos alunos em relação a si próprios e a outras pessoas; instrumentalizá-los para que examinem e considerem seus próprios sentimentos e os de seus pacientes; instrumentalizá-los para reconhecer e aperfeiçoar suas capacidades de *observação, empatia e continência*.

A necessidade e a possibilidade de treinar estas habilidades vêm recebendo atenção crescente. Satterfield e Hughes<sup>17</sup>, numa extensa revisão da literatura, verificaram a efetividade de diferentes programas implementados.

Em nosso curso, com o mote “conhecer pessoas” apresentamos os alunos aos métodos das Ciências Humanas e das Artes enquanto áreas que historicamente têm se dedicado ao conhecimento e equacionamento dos dilemas humanos. Noções básicas de mitologia, filosofia, história, antropologia, psicologia, psicanálise, cinema e literatura são apresentadas nas aulas e discutidas em pequenos grupos para que os alunos tenham contato com o conhecimento produzido por essas áreas.

Este conteúdo “objetivo” do curso se mistura com outras balizas que orientam os professores como “pano de fundo”: favorecer a integração e a adaptação dos alunos; promover questionamentos e autorreflexão; incentivar o aluno a perceber e a desempenhar seu papel ativo no aprendizado.

Uma baliza central, acompanhando a intenção de que o curso tenha forte cunho experiencial, é que a própria vivência da relação professor-aluno possa servir como modelo de uma relação profissional viva e humana que o aluno poderá introjetar e estender à sua relação profissional.

No primeiro dia de aula, os alunos são apresentados aos referenciais teóricos do curso e se dividem em grupos de 20. As aulas seguintes são ministradas nesses pequenos grupos para favorecer o contato e a participação. É incentivada uma postura crítica e reflexiva sobre os temas abordados, bem como sua aplicação às situações e experiências.

Para ilustrar alguns desses objetivos que pretendemos alcançar, citamos trechos de relatórios e avaliações realizados pelos alunos (todas as citações de trechos de relatos dos alunos que apresentaremos neste artigo foram escolhidas por um critério ilustrativo de cada tópico discutido, sem nenhum outro critério de categorização):

As discussões em sala, a abordagem de temas polêmicos e a divergência de opiniões fizeram com que eu percebesse o quanto as pessoas são diferentes e que tudo que é dito, apesar de totalmente discordante com o que penso, é digno de respeito. [aluno de uma classe onde houve discussões aprofundadas sobre as testemunhas de Jeová]

Perceber as pessoas, as diferenças, “o diferente” é um tópico central deste módulo e, sem dúvida, um questionamento essencial para um profissional que vai lidar diariamente com pessoas.

Assim como é importante que na formação de todo médico seja ensinada muita ciência exata e biológica, é igualmente importante o incentivo e o preparo para conhecer e considerar os aspectos subjetivos, invisíveis e impalpáveis dos seres humanos, de forma a favorecer uma visão integral e uma postura mais empática desses futuros profissionais. É possível que muitos já tenham ouvido falar da “frieza” dos médicos e da necessidade de se manterem neutros frente ao turbilhão de emoções a que serão expostos durante sua prática clínica, o que muitos estudos apontam como um resultado da própria formação médica<sup>18</sup>. Este talvez seja um dos maiores desafios da formação numa escola médica: como ensinar a parte exata, os aspectos físicos e objetivos de forma integrada com os aspectos subjetivos? Como aprender a ser um bom médico sem deixar de ser sensível ao sofrimento do outro? Este é um objetivo importante e uma preocupação que muitos alunos já trazem:

Creio que o curso ajudou acendendo luzes em vários pontos que precisam ser analisados para que eu não me torne o tipo de profissional que hoje eu condeno.

Nossa intenção é que as discussões abertas das aulas de Psicologia Médica favoreçam a reflexão e o compartilhamento de vivências de forma que o tema “conhecer pessoas” seja abordado, durante todo o semestre, de diversas maneiras: os alunos observam os outros, observam a si próprios, observam os pacientes. Isto foi apontado por diversos alunos:

O curso foi uma válvula de escape para diversas situações desse ano, como mudanças de cidade, adaptação à faculdade, etc. As discussões foram boas, e o fato de podermos escolher os grupos foi positivo para podermos nos abrir mais.

A integração entre os colegas promovida pelas aulas e autorreflexões também foram elementos marcantes, como pode ser observado em vários relatos:

Creio que o curso contribuiu neste sentido [conhecer pessoas] até certo ponto, mas ainda há muito a aprender, não me sinto nem de perto capaz de lidar assim com pessoas. Creio que o maior avanço foi no conhecer os próprios colegas de classe; sendo também como mais aprendi a conhecer.

O ganho maior do curso foi despertar para a importância de conhecer o outro, enxergá-lo, me enxergar. As discussões trouxeram uma oportunidade de nos aproximarmos das pessoas que estavam com a gente nas aulas, um convívio maior de grupo.

A habilidade que mais desenvolvi foi a de observar a mim mesma e refletir mais sobre isso.

Ao longo do curso descobri muito sobre mim mesmo e isso foi algo que me assustou. Percebi que Psicologia Médica é muito importante e deve ser trabalhada durante toda a vida.

Enfim, tomamos emprestadas palavras dos próprios alunos para sublinhar nossa intenção de que o curso contribua para fazer os alunos se interessarem por “conhecer pessoas” e perceber que esse é um campo muito amplo e estimulante:

Há muitas coisas e sentimentos atrás dos atos, atitudes e da própria identidade das pessoas.

Conhecer pessoas é um desafio maior do que imaginávamos e um aprimoramento interminável.

### Psicologia Médica – segundo ano

Em continuidade ao trabalho realizado no primeiro ano, o aluno é apresentado a diferentes teorias da personalidade (o mote “conhecer pessoas” agora é abordado tendo como eixo central a perspectiva da psicologia). A intenção é que o aluno adquira conhecimento sobre as características psicológicas das diferentes fases da vida, bem como sobre os dilemas e conflitos que podem ser suscitados nas diferentes passagens e transições. Estes conhecimentos serão subsídios importantes para

os alunos realizarem as entrevistas com pacientes de diversas clínicas (Pediatria, Clínica Médica, Obstetrícia, Ginecologia e Geriatria) dentro da atividade programada para o curso do semestre seguinte (que é o módulo de Semiologia Integrada).

Ainda com a finalidade de preparação para a prática do segundo semestre, paralelamente às aulas sobre desenvolvimento, são realizadas atividades que envolvem o estudo de técnicas de entrevista e comunicação.

Apresentamos aos alunos um roteiro de observação<sup>16,11</sup>, ocasião em que se discute uma série de tópicos básicos (modelo biomédico x modelo biopsicossocial, observação, perspectiva, empatia, continência, comunicação e tipos de vínculo).

Após as discussões sobre o desenvolvimento humano e o fenômeno da comunicação, os alunos terão referenciais básicos para realizar entrevistas com pacientes e com profissionais, que são discutidas e aprofundadas nos pequenos grupos.

Desde 2007, reconhecendo a importância do desenvolvimento do ensino da comunicação nos cursos de graduação em Medicina e em consonância com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais<sup>19</sup>, estamos ampliando o investimento nesse campo graças à criação de um laboratório de comunicação, no qual acrescentamos ao programa a realização de exercícios que utilizam material de gravação de imagens. Maguire *et al.* encontraram uma superioridade evidente nos profissionais treinados com a técnica de "vídeo *feedback* interativa" frente à técnica convencional. Vários trabalhos posteriores têm confirmado a importância dessa técnica para o sucesso no ensino das habilidades de comunicação<sup>21-23</sup>. Em nossa experiência, a filmagem de diferentes situações de entrevistas protagonizadas tanto pelos alunos quanto pelos professores tem facilitado significativamente a observação e o treinamento nas técnicas de comunicação e de entrevistas.

O exame cuidadoso e detalhado das imagens filmadas tem se mostrado um instrumento muito poderoso para a detecção e a evolução das capacidades comunicacionais e relacionais.

No primeiro ano de experiência, a cada semana um grupo de alunos (são seis grupos de cerca de 20 alunos) passou pelo laboratório. Cada grupo passou três vezes, sendo que em cada passagem o foco foi dirigido predominantemente para alguns aspectos da comunicação/relação e técnicas de entrevistas, acompanhando as discussões sobre esses temas que já fazem parte do programa:

- 1ª aula laboratório: fase de apresentação e aspectos não verbais da comunicação;
- 2ª aula: fase exploratória da entrevista;
- 3ª aula: fase resolutive da entrevista.

Estamos em fase de consolidação desta experiência, e as impressões preliminares quanto à utilidade da técnica têm sido concordantes com os dados da literatura.

## Semiologia Integrada

O módulo "Semiologia Integrada" foi planejado como parte do programa de Aproximação à Prática Médica e passou a integrar o currículo do curso médico a partir de 2004. Tem lugar no segundo semestre do segundo ano, ocupando a carga horária antes destinada ao curso de Psicologia Médica, com um acréscimo de uma carga horária de 10 horas no início do módulo, destinada à apresentação, em aula expositiva, das perspectivas semiológicas nas diferentes áreas e ciclos.

Ocorre em continuidade ao curso de Psicologia Médica, ministrado no primeiro semestre, no qual já ocorre uma iniciação no treinamento de entrevistas. São mantidas as turmas (18-20 alunos) e o coordenador (professor de Psicologia Médica) de cada grupo.

Na primeira semana, professores dos diferentes ciclos de vida contemplados pelo curso (Pediatria, Clínica Médica, Obstetrícia, Ginecologia e Geriatria) ministram aulas expositivas das anamneses com as especificidades de cada área. Na semana seguinte, inicia-se o programa prático no qual são realizadas entrevistas com pacientes de cada área.

A dinâmica para a realização das entrevistas e discussões é a seguinte: cada turma de alunos, acompanhada pelo professor de Psicologia Médica e pelo professor da área específica, se dirige ao cenário (enfermarias, pronto-socorro, ambulatórios) onde serão realizadas as entrevistas. Os professores, além de facilitar a entrada e a aproximação do cenário e dos pacientes, ficam disponíveis para ajuda e esclarecimentos e para acompanhar e observar a realização das entrevistas, procurando detectar aspectos e pontos importantes a serem abordados na discussão. Quando considerar apropriado e/ou necessário, o professor poderá demonstrar a técnica de entrevista aos alunos.

Após a finalização das entrevistas, alunos e professores se dirigem à sala onde se realiza uma discussão inicial que aborda principalmente aspectos das vivências e dificuldades experimentadas na realização das entrevistas, bem como aspectos relacionados à pertinência e à importância de cada tópico da entrevista. Os alunos estão previamente informados de que devem elaborar, como material de apoio para a discussão na semana seguinte, um relatório individual com os seguintes tópicos: aspectos da entrevista que despertaram sua atenção, dificuldades encontradas para realizar a entrevista, vivências e indagações despertadas pela atividade e articulação da observação com aspectos teóricos e práticos já discutidos.

Na semana seguinte, a aula toda é dedicada à discussão em grupo. Os professores já tiveram contato com os relatórios que, juntamente com as entrevistas, são objeto de análise e discussão, abrindo espaço para aprofundar aspectos do desenvolvimento humano, comunicacionais e técnicos da entrevista,

bem como perceber as dificuldades despertadas pelo contato, buscando seu reconhecimento e elaboração, para evitar a instalação de atitudes defensivas e estereotipadas.

Esse ciclo entrevista-discussão/discussão se repete a cada duas semanas, de forma que os alunos realizarão um total de seis entrevistas nos diferentes cenários (Pediatria I, Pediatria II, Clínica Médica, Ginecologia, Obstetrícia e Geriatria).

A título de ilustração, apresentamos trechos de relatórios de nossos alunos que apresentam a evolução no contato com os pacientes observada no decorrer do curso. Os relatos correspondem a dois momentos, com duas semanas de intervalo (ou seja, da primeira para a segunda entrevista) e ilustram a evolução que pretendemos que seja alcançada pelos alunos, que, num primeiro momento, têm a possibilidade de reconhecer e manter contato com a percepção das emoções e das defesas e caminhar, então, na segunda entrevista, para uma situação de maior segurança e controle sem perder o contato com as emoções e, portanto, sem necessidade de lançar mão de defesas ou estereotípias:

#### Primeiro relatório

Concluí que a situação foi muito mecânica, não sei se porque ficamos muito presos ao questionário e inseguros ou porque era algo novo para todos nós.

Acredito que a única dificuldade que tivemos foi conseguir direcionar a conversa, pois nosso paciente, se assim posso dizer, gostava bastante de conversar e não raras vezes perdia-se em suas histórias.

Achei que algumas perguntas do roteiro são um pouco desconfortáveis, como, por exemplo, as que dizem respeito à renda familiar, se o paciente consegue se alimentar corretamente com a renda mensal.

Conseguimos coletar todos os dados com base no roteiro, mas de maneira muito mecânica e rápida.

#### Segundo relatório

De maneira geral, notei que aquela tensão da aproximação com uma pessoa estranha diminuiu muito; eu não fiquei pensando que ela poderia ser grossa conosco e nem fui armado como na outra anamnese.

As maiores dificuldades foram para fazer as perguntas mais delicadas, sobre sexualidade principalmente. Senti que tanto nós, alunos,

quanto a paciente ficamos um tanto intimidados, mas perguntamos e ela respondeu com certa tranquilidade.

Particularmente, estava bastante tranquila na entrevista, não sei se devido ao fato de ser a segunda vez ou se devido à receptividade da paciente. Na primeira anamnese fiquei constrangida de perguntar algumas coisas, fato que não ocorreu nesta.

Até aquelas perguntas que considerávamos constrangedoras tornaram-se mais fáceis de serem formuladas e perguntadas, chegando ao ponto de transformá-las em 'normais'.

Este formato de curso tem como expectativa propiciar ao aluno uma iniciação à prática de entrevistas que lhe permita observação, raciocínio e ação permeados pela integração dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais do adoecer. No plano da relação e das técnicas de comunicação, nossa expectativa é que o aluno aprenda a reconhecer e a manejar diferentes canais de percepção e comunicação (comunicação verbal e não verbal, percepção e manejo das emoções) que favoreçam uma condução apropriada da entrevista e da consulta. Para ilustrar as capacidades que consideramos relevantes para serem detectadas e aperfeiçoadas pelos alunos, apresentamos a seguir relatos sobre alguns dos tópicos mais importantes.

#### Observação da comunicação não verbal

Observei a ausência de contato entre a avó (acompanhante) e o neto. Ela se manteve distante do paciente, sem sequer olhá-lo.

Na anamnese geriátrica, quando a paciente (92 anos) era questionada por nós, apenas olhava para a filha, para ela responder por ela.

Paciente cruzava os braços, tentando se evadir de perguntas íntimas.

Na anamnese ginecológica, a paciente estava muito tímida e por esse motivo não olhava diretamente para nós.

Uma mãe olhando para o chão durante toda a entrevista.

Paciente com a mão na boca para esconder a falta de dentes.

#### Observação do estado emocional do paciente/familiares/cuidadores

O fato mais marcante foi perceber a solidão que muitos pacientes sentem num leito hospitalar.

Uma mãe inconformada com a doença crônica do filho.

Na Pediatria, uma mãe bastante nervosa, falando alto e incomodada com nossa presença. Percebendo o estado emocional dessa mãe, decidimos aguardar pacientemente que ela se acalmasse. No final, a entrevista foi um sucesso.

Na anamnese na Obstetrícia: a paciente de 16 anos havia tido um filho com má-formação cerebral e com prognóstico ruim e ela não se mostrava preocupada (mecanismo de defesa?).

A paciente demonstrou profunda tristeza ao falar da morte do filho e da prisão da filha.

### Observação do próprio estado emocional

O encontro com uma doença extremamente debilitante num senhor sem família, pobre e que sempre teve uma vida ativa foi um baque para mim. Senti-me impotente.

Em algumas entrevistas, principalmente nas primeiras, fiquei constrangida e tímida.

Na Pediatria, me percebi emocionado com o carinho da mãe.

Na anamnese pediátrica, percebi que me envolvi muito com o estado crítico da criança e com o sofrimento da mãe.

Fiquei um tanto chocado ao ver uma paciente (câncer de mama) no auge de sua vida, com filhos para cuidar, sofrendo risco de vida.

Os relatos tornam presentes a experiência e o aprendizado dos alunos que queremos alcançar. Estes puderam se aproximar dos pacientes de modo diferente do usualmente apresentado numa escola médica: o foco não era apenas a doença, mas também a pessoa doente.

A expectativa é que eles possam aperfeiçoar ao longo do curso, lado a lado com as habilidades técnico-instrumentais, essas habilidades relacionais:

Tivemos a oportunidade de exercitar nossas habilidades de comunicação interpessoal (com os pacientes), encontrando maneiras de superar eventuais dificuldades que pudessem atrapalhar a anamnese.

O contato entre nós, alunos, e pacientes estava cada vez mais natural. Adquirimos cada vez mais experiência para a comunicação e com isso a entrevista ocorria de forma mais fluente. É possí-

vel observar a evolução quando realizamos anamneses em ligas acadêmicas.

Entendimento com o paciente, suas preocupações, angústias. Enxergar o paciente além da doença.

Tudo o que eu aprendi será útil para minha vida futura. Mas acredito que o mais importante é a humanização da medicina, que, com o tempo, a gente tem que tentar não perder (o que parece um caminho meio certo, tendo em vista a atitude de grande parte dos médicos).

[essas habilidades] Vão me ajudar a me tornar um médico mais completo e humano, e com uma visão não só [da relação] médico-paciente, mas de toda a equipe multiprofissional e do paciente, juntamente com seus familiares próximos.

Essa experiência deveria continuar ao longo dos anos de formação. Entre as habilidades e capacidades [que evoluíram] posso mencionar: comunicação, relacionamento, raciocínio técnico, controle emocional, expressão de ideias, ética.

### CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS

Como já verificado em algumas experiências<sup>24</sup>, uma exposição antecipada e uma integração efetiva podem reforçar a possibilidade de formação de um profissional que cuida de forma integrada do paciente. Os professores de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Geriatria, ao discutirem os casos de pacientes ao lado dos professores de Psicologia Médica, acabam por representar um modelo importante, real e possível desta integração. Todo este processo parece "ativado" pelo trabalho conjunto dos professores das diferentes áreas e dos professores de Psicologia Médica. A troca que ocorre durante as atividades com os alunos, na discussão das visões dos professores, cria oportunidade para a modificação destes em direção a uma visão mais integral e integrada.

Além disso, há uma troca resultante de uma interação mais básica: a simples presença do professor de Psicologia Médica é um catalisador que mobiliza no professor das áreas e ciclos uma preocupação em abordar os aspectos psicossociais; reciprocamente, a presença deste mobiliza no professor de Psicologia Médica a preocupação com a abordagem dos aspectos biológicos. Esta situação pode contribuir para sedimentar a postura e o hábito de um pensamento menos reduutivo e fragmentado que os professores poderão transpor para outras situações de ensino e de prática.

Além da troca durante a atividade com os alunos, as reuniões da equipe de professores são também um espaço impor-

tante. A presença, nessas reuniões, dos professores de todas as áreas e ciclos envolvidos juntamente com os professores de Psicologia Médica traz uma riqueza muito grande às discussões, criando uma oportunidade que raramente tivemos ocasião de vivenciar na universidade.

O desafio, reiteradamente observado<sup>25-26</sup>, consiste numa atenção constante ao surgimento de resistências à mudança, tanto na própria equipe quanto na instituição, de forma mais ampla. A manutenção do módulo, sua incorporação institucional e a ampliação de uma integração efetiva para outras áreas do currículo médico são os desafios a enfrentar.

## REFERÊNCIAS

- Jones R, Higgs R, de Angelis C, Prideaux D. Changing face of medical curricula. *Lancet* 2001; 357: 699-703.
- Bulcão LG. O ensino médico e os novos cenários de ensino-aprendizagem. *Rev Bras Educ Med.* 2004; 28 (1): 61-72.
- Komatsu RS. Educação médica: responsabilidade de quem? Em busca dos sujeitos da educação do novo século. *Rev Bras Educ Med.* 2002; 26 (1): 55-61.
- Aguiar AC, Cordeiro HA. Integração vertical e horizontal do currículo médico no contexto das novas diretrizes curriculares: o curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá. *Rev Bras Educ Med.* 2004; 28 (2): 164-172.
- Dichi JB, Dichi I. Agonia da história clínica e suas consequências para o médico. *Rev Bras Educ Med.* 2006; 30 (2): 93-97.
- Sayd JD, Andrade e Silva D, Ribeiro MPD. O aprendizado de Semiologia em um currículo tradicional. *Rev Bras Educ Med.* 2003; 27 (2): 104-113.
- Santos JB, Pires LL, Silva AE, Castro CN. Reflexões sobre o ensino de Semiologia Clínica. *Rev Bras Educ Med.* 2003; 27 (2): 147-152.
- Garcia MAA, Pinto ATBCS, Odoni APC, Longhi BS, Machado LI, Linek MS, Costa NA. A interdisciplinaridade necessária à Educação Médica. *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31 (2): 147-155.
- Abreu Neto IP, Lima Filho OS, Silva LEC, Costa NMSC. Percepção dos professores sobre o novo currículo de graduação da Faculdade de Medicina da UFG implantado em 2003. *Rev Bras Educ Med.* 2006; 30 (3): 154-60.
- Trindade EMV, Almeida HO, Novaes MRCCG, Versiane ER. Resgatando a dimensão subjetiva e biopsicossocial da prática médica com estudantes de Medicina: relato de caso. *Rev Bras Educ Med.* 2005; 29 (1): 48-50.
- Amoretti R. A Educação Médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev bras med fam com.* 2005; 29 (2): 136-46.
- Pedrosa M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. *Rev bras med fam com.* 2005; 1 (3): 79-80.
- Cyrino EG, Rizzato ABP. Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. *Rev bras saude mater infant.* 2004; 4 (1): 59-69.
- Almeida HO, Alves NM, Costa MP, Trindade EMV, Muza GM. Uma experiência com a medicina narrativa. *Rev Bras Educ Med.* 2005; 29 (3): 208-16.
- De Marco MA. Psicologia Médica In: A face humana da medicina. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, 77-80.
- De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev Bras Educ Med.* 2006; 30 (1): 60-72.
- Satterfield JM, Hughes E. Emotion skills training for medical students: a systematic review. *Medical Education* 2007; 41 (10): 935-941.
- Nogueira-Martins LA. Residência médica: estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
- Rossi PS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em medicina – uma abordagem. *Interface comun saude Educ.* 2006; 10 (19): 93-102.
- Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I – Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1986 Jul 5; 293(6538):26.
- Roter DL, Larson S, Shinitzky H, Chernoff R, Serwint JR, Adamo G, Wissow L. Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training. *Medical Education*, 2004 38 (2): 145-157.
- Humphris GM, Kaney S. The objective structured video exam for assessment of communication skills. *Medical Education*, 2000; 34 (11): 939-945.
- McManus IC, Vincent CA, Thom S, Kidd J. Teaching communication skills to clinical students *BMJ.* 1993 May 15; 306(6888): 1322-1327.
- Sathishkumar S, Thomas N, Tharion E, Neelakantan N, Vyas R. Attitude of medical students towards early clinical exposure in learning endocrine physiology. *BMC Medical Education* 2007; 7:30.
- Azevedo GD, Vilar MJP. Educação médica e integralidade: o real desafio para a profissão médica. *Rev bras reumatol.* 2006; 46(6):407-409.
- Costa NMSC. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31 (1): 21-30.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Mario Alfredo De Marco participou do planejamento do curso, da discussão das atividades e da análise dos relatórios dos alunos, fez levantamento bibliográfico, participou da redação e da revisão final do artigo, Ana Cecília Lucchese parti-

icipou do planejamento do curso, da discussão das atividades e da análise dos relatórios dos alunos e participou da redação do artigo, Cíntia Camargo Dias participou do planejamento do curso, da discussão das atividades e da análise dos relatórios dos alunos e participou da redação do artigo, Cristiane Curi Abud participou do planejamento do curso, da discussão das atividades e da análise dos relatórios dos alunos e participou da redação do artigo e Luiz Antônio Nogueira Martins participou da discussão das atividades, fez levantamento bibliográfico, participou da redação e da revisão final do artigo.

#### CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Mario Alfredo De Marco

Rua Dr Bacelar, 336

Bairro – São Paulo

CEP 04026-001 SP

E-mail: demarcom@uol.com.br