

Implementação de OSCEs como Metodologia de Ensino e Avaliação na NOVA Medical School

O objetivo do ensino pré-graduado médico é conseguir, através da educação e do treino, a formação de profissionais competentes para o exercício de uma medicina segura.

Impacto Educacional do Método de Ensino de Medicina Geral e Familiar nos Estudantes de Medicina da Universidade de Coimbra

Um modelo educacional orientado para as necessidades da prática clínica e por objetivos, tem apresentado uma aceitação internacional.

Uma Improvável Queimadura: Relato de um Caso de Esclerose Sistémica Difusa

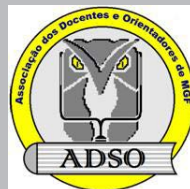
A Esclerose Sistémica Difusa é uma doença autoimune, de causa desconhecida, que pode afetar múltiplos sistemas orgânicos.

Empatia e Arte – Poderá um Programa de Arte numa Unidade de Saúde Familiar Influenciar a Empatia Percecionada pelos Utentes?

A empatia é uma ferramenta essencial na relação clínica, podendo ser treinada e aferida.

Um Estágio em Medicina da Família e Comunidade no País Irmão

A migração populacional é cada vez maior, com predomínio do fluxo de pessoas de países desfavorecidos, para países com maior estabilidade socioeconómica.



Normas Editoriais

A Revista da ADSO (RevADSO) reflete, em particular, o trabalho desempenhado pelos membros da ADSO na sua ação dedicada ao ensino e à prática da Medicina Geral e Familiar (MGF), quer na formação pré como na pós-graduada, particularmente nos âmbitos das unidades curriculares e do internato médico de MGF. E reflete também o trabalho, a opinião e os resultados, em estudos e reflexões, daqueles que são alvo da formação, quer alunos, quer internos de especialidade.

A RevADSO terá ainda abertura a outras áreas do conhecimento, afins da MGF e que, com ela, se completam na prossecução do objetivo de prestar cuidados integrados a todos aqueles que se dirigem ao seu Médico de Família. A colaboração científica das Escolas que, em Portugal, se dedicam ao ensino destas matérias é, também, um objetivo crucial deste projeto.

A RevADSO tem um Conselho Científico e Revisor. O Corpo Redatorial será o responsável pela primeira análise do manuscrito e verificação de conformidades à temática. Será igualmente responsável pela distribuição aos Revisores e pela igualmente indispensável função de ter as revisões a tempo.

A RevADSO, pretende a publicação de artigos nas áreas da investigação, revisão baseada na evidência, qualidade de formação e das diferentes áreas da formação.

Os artigos podem ser escritos por especialistas em MGF, por alunos de mestrado integrado e por internos da especialidade de MGF, desde que versando a área da Revista, bem como por profissionais de outras áreas que reflitam sobre o ensino. Artigos sobre experiências no ensino pré e pós graduado em MGF são bem-vindos. Os artigos originais podem já ter sido apresentados parcialmente.

O(s) autor(es) deverá(ão) declarar em anexo que aceita(m) as regras da RevADSO e que cedem direitos de autor.

Os artigos propostos (manuscritos) deverão vir dirigidos à secção pretendida e:

1. Ser redigidos em Português, Inglês, Francês ou Espanhol, em coluna única, a dois espaços, com letra de dimensão 11 e em ficheiro word. Aconselha-se a utilização dos formatos de letra Times New Roman ou Arial. As quatro margens devem ser de 2,5 cm. Todas as páginas devem ser numeradas incluindo a página do título. Devem ser inseridas quebras de página entre cada secção do manuscrito. O número de autores deve ser restrito aos que verdadeiramente participaram na conceção, execução e escrita do manuscrito, devendo tal ser apresentado em peça separada. As palavras chave, em número mínimo de três e máximo de seis, devem estar de acordo com o MeSH (Medical Subject Heding) - <http://www.nlm.nih.gov/mesh>.

2. As **Referências Bibliográficas** devem cumprir os seguintes aspetos:

- Número de autores: até 6, devem todos ser referidos; 7 ou mais autores, apenas os três primeiros, seguidos de et al.; as referências devem ser numeradas por ordem de entrada no texto e mencionadas da seguinte forma:
 - Artigo de revista – Ex: Kusel MMH, Klerk NH, Holt PG, et al. Role of respiratory virus in acute and lower respiratory tract illness in the first year of life. *Ped Infect Dis J* 2006;25:680-6.
 - Capítulo de livro – Ex: Cherry JD, Nieves DL. The Common Cold. In: Feigin RD, Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL. Feigin & Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 6th ed. Philadelphia. Saunders Elsevier; 2009;138-46.
 - Livro – Ex: Nelson JD, Bradley JS. Nelson's Pocket Book of Pediatric Antimicrobial Therapy. 14th ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
 - Página Web – Ex: Gostin LO. Drug use and HIV/AIDS (JAMA HIV/AIDS web site). June 1, 1996. Available at: <http://www.ama-assn.org/special/hiv/ethics>. Accessed June 26; 2004.
 - Comunicações em congressos/jornadas – Ex: Harrigan PR, Don W, Weber AE, et al. Mutated RT and protease. (Abstract I - 115). In: 38th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, San Diego, California, September 24 to 27, 1998. Washington, DC: American Society for Microbiology; 1998.
 - Abreviaturas de Revistas, consultar <http://home.ncicrf.gov/research/bja/>
3. Ter parecer de comissão de ética (se investigação com seres humanos) ou de conduta ética, bem como de Comissão Nacional de Proteção de Dados, quando aplicável. [Nota: trabalhos baseados em questionários respondidos em anonimato, sigilo e confidencialidade, trabalhos baseados em análise de dados clínicos sem identificação de pessoas ou casos e trabalhos de análise de dados informáticos ou outros e que apenas reflitam conjuntos organizados já existentes, estão isentos de tais formalidades. No entanto, o Corpo Redatorial reserva-se o direito de ponderar em função de cada caso concreto].
4. Ser acompanhados de declaração de conflito de interesses.

5. Estar organizados da seguinte forma, por áreas:

Investigação: [em ensino pré ou pós-graduado, e em medicina geral e familiar ou cuidados de saúde primários]

Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, agradecimentos e Referências Bibliográficas.

Revisão baseada na evidência:

Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Métodos, Resultados, Conclusões, Agradecimentos e Referências Bibliográficas.

Qualidade de formação: [avaliação de qualidade ou em ciclo de garantia de qualidade, formativa ou clínica]

Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Métodos, Resultados, Conclusões, Agradecimentos e Referências Bibliográficas.

Formação: [projetos ou experiências considerados importantes a nível pré ou pós-graduado, e também relatos de docência ou de formação]

Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Métodos, Resultados, Conclusões, Agradecimentos e Referências Bibliográficas.

6. Não exceder as 3500 palavras, ter um máximo de 6 quadros ou gráficos e até 60 referências.

7. É aconselhável que os autores indiquem três frases simples que marquem os pontos salientes do seu trabalho.

8. Em ficheiro word separado deverão ser enviados o(s) nome(s) dos autores, sua afiliação e grau académico bem como contactos do autor responsável.

Os artigos deverão ser submetidos à RevADSO (revistaadso@sapo.pt) em suporte digital estando os quadros e os gráficos inseridos no local em que o texto a eles se refere, nomeadamente na secção de resultados, podendo estar em português do novo acordo ortográfico. Serão também aceites trabalhos em inglês, francês e espanhol. É obrigatória a referência à área a que o manuscrito se candidata.

Após receção, os trabalhos serão numerados por categoria e distribuídos ao Corpo Redatorial que se encarregará de fazer o primeiro exame e de, após aprovação, os submeter a dois membros do Concelho Científico e Revisor. De tais revisões será dado conhecimento ao proponente, sendo as duas revisões enviadas em simultâneo. Será solicitado que o tempo entre receção e resposta de revisão não exceda os 30 dias.

Após as rondas necessárias, o artigo será então aprovado pelo corpo redatorial e colocado na plataforma de publicação.

Ficha Técnica

Proprietário:

ADSO - Associação de Docentes e Orientadores de Medicina Geral e Familiar

NIPC: 505 382 253

Sede da Redação:
Rua de Moçambique, 33 R/C Dto
Bairro Norton de Matos
3030-062 Coimbra

Diretor e Editor:

Denise Alexandra Cunha Velho, USF Santiago de Leiria, ACeS Pinhal Litoral, ARS Centro; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Número de registo na ERC: 126604

Periodicidade: Anual

Design: Patrícia Gaspar

Corpo Editorial

Dr. Filipe Jorge Sousa Carvalheiro, Centro Hospitalar de Leiria

Prof. Doutor Filipe Prazeres, USF Beira Ria, ACeS Baixo Vouga, ARS Centro; Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Prof. Doutora Inês Rosendo, USF Coimbra Centro, ACeS Baixo Mondego, ARS Centro; Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Prof. Doutor José Augusto Rodrigues Simões, USF Caminhos do Cértoma, ACeS Baixo Mondego, ARS Centro; Faculdade Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Prof. Doutor Luís Amorim Alves, USF St. André de Canidelo, ACeS Grande Porto VII – Gaia, ARS Norte; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Dr. Luís Filipe Cavadas, USF Lagoa, ULS Matosinhos; Grupo de Investigação da Senhora da Hora (GISH); Formador de Medicina Baseada Evidência e Investigação

Dr. Pedro Augusto Simões, USF Pulsar, ACeS Baixo Mondego, ARS Centro; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Dr. Pedro Fonte, USF do Minho, ACeS Cávado I - Braga, ARS Norte; Escola de Medicina/Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde, Universidade do Minho

Dra. Rita Lopes, USF Rio de Mouro, ACeS Sintra, ARSLVT

Conselho Científico

Prof. Doutor Alberto Pinto Hespanhol, USF S. João, ACeS Grande Porto V – Porto Ocidental, ARS Norte; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Dr. Fernando Ferreira, USF St. André de Canidelo, ACeS Grande Porto VII – Gaia, ARS Norte

Prof. Doutora Isabel Pereira dos Santos, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Prof. Doutor Jaime Correia de Sousa, USF Horizonte, ULS Matosinhos; Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho

Prof. Doutor José Augusto Rodrigues Simões, USF Caminhos do Cértoma, ACeS Baixo Mondego, ARS Centro; Faculdade Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Prof. Doutor Paulo Santos, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Estatuto Editorial

A Revista ADSO é o órgão oficial de informação da Associação de Docentes e Orientadores de Medicina Geral e Familiar que foi criada em 2013 com o propósito de oferecer conteúdos rigorosos sobre a actividade profissional e científica relacionada com a Medicina Geral e Familiar em Portugal, focando-se no relato das experiências formativas desenvolvidas.

A Revista ADSO é constituída por um Corpo Editorial constituído pelo Diretor da Revista e Editores de Secção em exercício, salvo de liberação em contrário e assume-se como independente dos poderes políticos e económicos, bem como de qualquer credo, de qualquer doutrina ou ideologia, respeitando todas as opiniões ou crenças, assumindo o direito de emitir opinião própria, sempre no respeito integral pela Lei em vigor.

A Revista ADSO respeita os direitos, liberdades e garantias consignadas na Constituição da República, cumpre a Lei de Imprensa e orienta-se pelo cumprimento dos princípios e orientações definidos neste Estatuto Editorial e pela sua Direção.

Índice

08.

Editorial Convidado

Implementação de OSCEs como Metodologia de Ensino e Avaliação na NOVA Medical School (NMS) | Relato de um Teste Piloto

Rita Viegas, Bruno Heleno

17.

Investigação Original

Impacto Educacional do Método de Ensino de Medicina Geral e Familiar nos Estudantes de Medicina da Universidade de Coimbra em 2017-2018

Mélanie Freitas, Luíz Miguel Santiago, Inês Rosendo, José Augusto Simões

26.

Relato de Caso

Uma Improvável Queimadura: Relato de um Caso de Esclerose Sistémica Difusa

Catarina Dias Rosa, Ana Adão, Mariana Bastos, Sandra Almeida, Filipe Prazeres

30.

Investigação Original

Empatia e Arte – Poderá um Programa de Arte numa Unidade de Saúde Familiar Influenciar a Empatia Percecionada pelos Utentes?

Teresa Tomaz, Ana Marta Neves, Benvinda Barbosa, Francisco Fachado, Pedro Fonte

38.

Relato de Experiência

Um Estágio em Medicina da Família e Comunidade no País Irmão

Joana Rita Marinho

Editorial Convidado

Implementação de OSCEs como Metodologia de Ensino e Avaliação na NOVA Medical School (NMS) | Relato de um Teste Piloto

Rita Viegas, MD*, Bruno Heleno, MD PhD**

O objetivo do ensino pré-graduado médico é conseguir, através da educação e do treino, a formação de profissionais competentes para o exercício de uma medicina segura.

O *Oriented Structured Clinical Examination* (OSCE) permite avaliar competências clínicas e, enquanto ferramenta de aprendizagem e de avaliação, tem vindo a ser reconhecido nos currículos médicos.^{1,2} O OSCE compreende um conjunto de estações nas quais os examinados desempenham tarefas clínicas, num período determinado de tempo, validadas por critérios objetivos e determinados para cada tarefa, resultando na demonstração de competências e atitudes. Esta ferramenta possibilita a avaliação da competência e, em simultâneo, orientar esta avaliação para a aprendizagem futura e para a construção de comportamentos e valores. Estes benefícios adicionais podem ser otimizados se for dado feedback imediato sobre o desempenho dos alunos, o qual incentiva à autorreflexão e à eventual modificação de comportamentos.³

Sabe-se que uma prática clínica segura advém da validação de competências clínicas no ensino pré-graduado e esta validação encontra-se dependente de um método apropriado de avaliação.^{1,2,4} Desta perspetiva, o feedback é fundamental para apoiar o desenvolvimento cognitivo e profissional, especialmente nas fases iniciais do currículo clínico.³

Quando o objetivo da avaliação é medir uma competência clínica, o OSCE é um método mais válido do que um teste puramente baseado no conhecimento.² O conjunto de habilidades relevantes diferem à medida que avançamos no Mestrado Integrado de Medicina (MIM) e, apesar de serem limitadas no início, parece razoável integrar OSCEs nos estágios iniciais do currículo médico como um complemento à avaliação em outras áreas do conhecimento.²

Os docentes devem procurar, sempre, melhorar o desempenho dos alunos, incentivando-os à autorreflexão e fornecendo feedback, e, quando possível, os pacientes e o feedback dos colegas também deverão ser incluídos como

* Assistente convidada da NMS, Unidade Curricular (UC) de Medicina Geral e Familiar (MGF), Assistente graduada de MGF, USF Cova da Piedade – ACES Almada Seixal

** Professor auxiliar da NMS | Faculdade de Ciências Médicas, USF das Conchas – ACES Lisboa Norte

contributos para o processo de avaliação dos discentes.^{4,5} O feedback recebido numa fase inicial dá aos alunos tempo para reagir e para adaptar as suas habilidades adequadamente ao seu processo de aprendizagem.^{3,4,5}

CONTEXTO LOCAL

O plano de estudos da NOVA MS distribui-se ao longo de seis anos. Tem uma estrutura tipo Flexner, com o ciclo clínico a iniciar-se no 3º ano e o sexto ano é um estágio profissionalizante. A MGF tem duas UC obrigatórias, uma no 5º (semestral) e outra no 6º ano (estágio parcelar de 4 semanas). No ano letivo de 2017/18 a UC de MGF da NMS considerou relevante fazer um teste piloto de um OSCE, ferramenta que ainda não havia sido implementada na NMS. O objetivo primordial foi repensar o ensino/avaliação dos alunos do 5º e 6º ano e, em simultâneo, estudar a viabilidade de implementar os OSCEs, enquanto metodologia de avaliação, para substituir o atual modelo em vigor para o 6º ano (entrevista baseada num exercício escrito, crítico e descritivo das atividades desenvolvidas e observadas durante o estágio parcelar).

Fomos responsáveis pelo desenvolvimento, estruturação e realização deste projeto que decorreu em duas fases: 27 de abril de 2018 e 1 de junho de 2018.

PREPARAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DOS DOIS PILOTOS

No caso da NMS a conceção e a implementação deste projeto piloto consistiu nas seguintes etapas:⁶

A: Preparação prévia

- 1) Identificação dos líderes de projeto de entre a equipa de docentes do departamento: Rita Viegas (docente com particular interesse pela educação médica, em particular o ensino e avaliação de competências clínicas) e Bruno Heleno (professor da carreira docente universitária, que facilitou a articulação com as estruturas da faculdade). Os líderes definiram as tarefas, sequência de tarefas, atribuição de responsáveis. Os líderes estiveram envolvidos em toda a organização logística e no recrutamento de voluntários.
- 2) *Brainstorm* partilhado entre os elementos do departamento de MGF da NMS para determinar competências nucleares, transversais à prática segura de MGF, e a testar numa fase primordial. Deste trabalho resultou um consenso sobre seis competências transversais nucleares:

anamnese, exame objetivo, entrevista motivacional, pedido de exames complementares de diagnóstico, prescrição farmacológica e comunicação interpares. Resultou, também, a identificação de seis conteúdos programáticos clínicos e nucleares: pessoa com multimorbidade, pessoa com infeção aguda, adulto saudável com fatores de risco, pessoa com doença mental comum, grupos vulneráveis e pessoa com doença músculo-esquelética degenerativa. Estas áreas foram entendidas como relevantes para a formação dos alunos do 6º ano do MIM, em termos de conhecimento e de aquisição de competências, e que deveriam ser atingidas pelos discentes no final da sua formação nesta UC.

- 3) Cronograma e especificação de tarefas para a concretização do projeto, nomeadamente:
 - Clarificação de um objetivo específico, realista e com um prazo no tempo que foi comunicado a todos os docentes. Realizar dois pilotos no ano letivo de 2017-2018. Num dos pilotos teriam que ser avaliados cerca de 30 alunos.
- 4) Decisão sobre o número e duração das estações.
 - Cada estação foi projetada para durar no máximo seis minutos, durante os quais se pode razoavelmente esperar que problemas de rotina sejam resolvidos.
 - Cada circuito incluiu 7 estações de 6 minutos, com uma estação de descanso (6 minutos de desempenho + 1 minuto de feedback + 1 minuto de descanso entre estações). O número de estações foi determinado conjugando a matriz de conhecimentos e competências identificada no passo 2, a disponibilidade de recursos humanos (docentes e voluntários) e o número de estudantes esperados em cada turma de sexto ano.
- 5) Preparação de uma grelha de exame e de uma lista de estações. A grelha dos exames piloto resultou da integração da matriz de conhecimentos (passo 2) e competências e do número de estações (passo 4).
 - A grelha de exame final consistiu em:
 - o Anamnese num doente com depressão (comunicação)
 - o Exame objetivo a um doente com infeção respiratória alta
 - o Entrevista motivacional a pessoa fumadora
 - o Revisão da terapêutica em pessoa com multimorbidade
 - o Pedido de exames complementares de diagnóstico num doente com dor na anca de ritmo mecânico
 - o Anamnese e raciocínio diagnóstico em mulher grávida com hipertensão e proteinúria
 - o Escrita de uma carta de referência sobre mulher grávida com hipertensão e proteinúria.

6) Definição da forma de classificação das estações.

- Dado ser uma primeira tentativa e porque haveria poucas oportunidades para treinar os avaliadores, optou-se por classificar os alunos através de uma grelha de comportamentos observáveis (*checklist*).
- Foi pedido aos avaliadores para fornecerem uma avaliação global de desempenho (não passou, passou em situação *borderline*, passou, passou muito bem e passou com excelência) e para identificarem, nalgumas estações, “bandeiras vermelhas” que significassem comportamentos que colocassem em perigo a vida dos doentes.
- Não foi pedida avaliação por parte do doente simulado.
- Não houve classificação formal dos alunos em nenhum dos pilotos.

7) Desenvolvimento das estações

- Criação e desenvolvimento das estações de acordo com a grelha de exame final.
 - o Foi pedido aos docentes-autor que escrevessem:
 - o Um guião para doente simulado
 - o Uma informação sumária do caso, para ser colocada à entrada da estação
 - o Uma grelha de comportamentos observáveis para a estação.
 - o Os autores foram instruídos para basear a informação para os as estações em cenários inerentes à sua prática clínica.
 - o Os autores foram instruídos a colocar um único comportamento observável por linha da grelha de comportamentos observáveis.
- Revisão das estações por pares
 - o Foi pedido a um docente, não envolvido na redação das estações, que lesse e comentasse os guiões e grelhas de comportamentos observáveis.
 - o Este foi um dos aspetos menos claros das instruções dos líderes de projeto para os outros membros da equipa. Isso levou a confusão de papéis e de tarefas a desempenhar. Para cumprir o cronograma, a revisão por pares foi feita essencialmente pelos líderes de projeto.

8) Compilação e organização logística:

- Espaço físico:
 - o No caso da NMS, foi decidido que seriam feitos 3-4 circuitos sequenciais ao longo de um dia. Existia na faculdade um espaço utilizado para ensino de competências clínicas, possível de ser transformado em 10 gabinetes médicos e uma sala de apoio. Dado que alguns desses gabinetes tinham material dificilmente amovível, estavam 8 gabinetes disponíveis para utilização nos OSCE.
 - o Conceber a sinalização da estação e o fluxo do circuito de modo a garantir a sua acessibilidade, identificação e visibilidade.

- Recursos humanos
 - o Contacto com tutores/docentes da UC e definição dos papéis a desempenhar por cada um.
 - o Avaliar e confirmar as disponibilidades para assegurar os circuitos dos dias 27 de Abril e 1 de Junho.
 - o Distribuição dos materiais de acordo com o papel a desempenhar (instruções para o candidato, instruções para o tutor treinado - a desempenhar o papel de paciente simulado, instruções para o examinador).
- Económico e outros recursos
 - o Preparação das grelhas e materiais necessários (recursos materiais e recursos humanos).
 - o Elaboração de um mapa do circuito.
 - o Preparação da lista de alunos a avaliar.

B: No dia do teste Piloto

- Layout e marcação da estação
- Fixação do cenário na porta e tarefa
- Sinalização do fluxo no circuito
- Marcação e sinalização audível do tempo
- Confirmação dos materiais e equipamentos
- Preparação de bebida, comida e intervalos para os colaboradores
- Receção aos colaboradores e aos alunos (briefing inicial)
- Identificação do aluno e utilização de recurso que demonstre que estações foram percorridas
- Distribuição das listas de verificação aos examinadores e, no final, recolha das mesmas com preenchimento adequado
- Orientações finais (*debriefing*)
- Auscultação dos elementos submetidos ao teste piloto, em grupos, para validação e melhoria do processo.

LIÇÕES RETIRADAS DOS PILOTOS

Fase 1

A 27 de Abril foram avaliados 27 alunos do 5º ano do MIM, que se encontravam a realizar o estágio parcelar de MGF do 5º ano. Foram envolvidos seis dos dez docentes da UC de MGF e 29 médicos voluntários (entre especialistas e internos que colaboram com o ensino prático da UC de MGF e que fizeram de examinador, de paciente simulado ou de observador/suplente). Decorreram quatro circuitos durante o dia, dois de manhã e dois à tarde.

O objetivo, neste primeiro piloto, de ter três elementos na sala, para além do examinando, prendia-se com a necessidade de aferir e validar o processo: o terceiro elemento poderia funcionar como suplente (em caso de falha de algum profissional no dia do circuito), observador externo do decorrer da estação e/ou segundo elemento para cotação da grelha.

No final do primeiro piloto foi solicitado aos intervenientes que expressassem a sua opinião em relação à experiência e aos circuitos (no momento do *de-briefing* ou mesmo por mail, posteriormente, para evitar constrangimentos nesta participação):

- Os alunos participantes foram auscultados em grupos, moderados por uma docente afiliada da unidade de MGF. Os participantes salientaram a relevância clínica da prova de avaliação e o enfoque nas competências práticas. Referiram que a falta de experiência nesta metodologia de avaliação gerou ansiedade e desconforto face à exposição das suas competências numa prova deste tipo. Sentiram que o tempo disponibilizado para as tarefas era curto e muitos manifestaram que percebiam que esta prova avaliava aspetos diferentes dos que constam atualmente nos *curricula* médicos. Salientaram lacunas em relação ao seu atual conhecimento e desempenho de aptidões para o exercício da medicina geral e familiar, para esta UC específica.
- Os médicos voluntários mostraram grande interesse e envolvimento. Alguns tinham sido expostos a este tipo de avaliação enquanto alunos de outras escolas médicas portuguesas. A experiência foi positiva, nomeadamente quanto à relevância dos conteúdos. Referiram vários problemas com as grelhas de avaliação das estações e vários comentários sugerem-nos que o treino dos avaliadores foi insuficiente.
- O terceiro elemento foi uma mais valia porque permitiu a posterior comparação de resultados (na cotação da grelha de avaliação entre examinador e observador) e dar um feedback aos responsáveis pelo teste piloto, do decorrer de cada estação, com apontamento de pontos a alterar/melhorar.

Fase 2

No dia 1 de Junho decorreu o segundo teste piloto. Foram avaliados 12 internos, maioritariamente do 1º e 2º anos do internato de MGF, com o propósito de comparar o desempenho e a adequação das grelhas e das estações – era expectável que os internos da especialidade realizassem com facilidade qualquer uma das tarefas. Decorreram dois circuitos de manhã e para cada estação, contámos com a participação de dois médicos voluntários (um examinador e um paciente simulado).

Nesta segunda simulação foram implementadas as melhorias resultantes do feedback dos alunos e dos médicos voluntários e docentes do Departamento da UC de MGF, nomeadamente em relação à aferição e simplificação das grelhas de avaliação, clareza dos objetivos para cada estação, acuidade no controlo do tempo e materiais disponíveis para o exercício. A maior dificuldade sentida foi o recrutamento de docentes/médicos voluntários/médicos internos do 3º e 4º anos da especialidade de MGF para colaborarem também durante a tarde, mesmo prescindindo do elemento suplente.

No final do segundo piloto, foi também pedida uma avaliação dos participantes. Os elementos que participaram em ambas as simulações referiram melhoria do desempenho global relativamente a organização, clareza das grelhas e aplicabilidade das mesmas, clareza das instruções e conteúdos por estação, exequibilidade da tarefa para o tempo pretendido.

Este projeto piloto permitiu aos responsáveis e ao corpo docente da UC de MGF da NMS:

- Apreender sobre áreas de competência consideradas mais problemáticas para os alunos: elaboração de uma lista de diagnósticos diferenciais, dificuldade em estabelecer prioridades de gestão num doente com multimorbilidade.
- Proceder a modificações no ensino da UC de MGF (5º ano).
- Concluir que será difícil assegurar a sustentabilidade dos OSCE sem haver um corpo de atores profissionais.
- Realizar uma análise SWOT (*Strengths; Weaknesses; Opportunities; Threats*)

ANÁLISE SWOT – TESTE PILOTO OSCE

Pontos fortes:

- Discussão entre os docentes da UC sobre os aspetos mais importantes do ensino em MGF e a incluir na matriz das estações dos OSCE
- Criação de uma matriz com os problemas de saúde mais comuns em cuidados de saúde primários e competências clínicas transversais (anamnese, exame físico, raciocínio diagnóstico, prescrição de tratamento, aconselhamento, comunicação interpares)
- Abrangência de conteúdos avaliados num único exame, de modo uniforme, replicável e objetivo
- Diminuição do viés na avaliação e validação de competências (em relação à avaliação tradicional)
- Avaliação em tempo real com possibilidade de feedback

Pontos fracos:

- Número de estações e fiabilidade do circuito
- Tempo necessário para a preparação dos médicos voluntários envolvidos (treino de pacientes simulados, aplicação das grelhas de avaliação)
- Disponibilidade dos médicos voluntários e interferência com a atividade clínica dos mesmos

Oportunidades:

- Modificação de conteúdos e metodologia de ensino da UC do 5º ano de MGF, já colocada em prática para o ano letivo 2018/19, após identificação de áreas de competência consideradas mais problemáticas para os alunos
- Treino de tutores, com envolvimento de internos da especialidade de MGF
- Contacto eventual para constituição de equipas de pacientes simulados (exemplo: escolas de teatro com envolvimento da junta de freguesia)
- Aumento do número de estações para possibilitar o aumento da fiabilidade do circuito
- Substituição, a longo prazo, do atual método de ensino/avaliação na UC de MGF com possível extensão a outras UC do MIM
- Parcerias com outras unidades curriculares no desenvolvimento e implementação de OSCE
- Contratação, pela NMS, de um professor com extensa experiência na implementação de OSCE
- Participação ativa e envolvimento dos membros da faculdade e do conselho pedagógico do MIM da NMS (modificação do ensino, conteúdos curriculares e da avaliação)

Ameaças:

- Tempo disponível
- Escassez de avaliadores remunerados
- A ausência de um grupo de pacientes simulados/grupo de atores profissionais dificulta a sustentabilidade dos OSCE
- Dificuldade em assegurar a sustentabilidade dos OSCE sem recurso a tutores clínicos, internos da especialidade ou uma combinação dos dois, agravada nos meses dedicados à avaliação dos próprios internos (janeiro a março).
- Custo do exame
- Necessidade de mais espaços físicos, para o caso de ser necessário implementar circuitos paralelos
- Aceitação da mudança do paradigma atual de ensino/avaliação para o modelo OSCE pelos discentes e docentes
- Ausência de reconhecimento institucional do volume de trabalho envolvido no desenvolvimento e manutenção dos OSCE

CONCLUSÃO

Este projeto piloto permitiu demonstrar que os OSCE podem ser implementados na NMS. A principal ameaça ao projeto prende-se com a dificuldade em recrutar avaliadores e doentes simulados para mais que um OSCE por ano. Apesar da complexidade inerente à sua implementação acreditamos que a validação desta ferramenta de ensino/ avaliação será possível com o envolvimento da Direção da Faculdade, do Departamento de Educação Médica e do corpo docente das várias UC do MIM. A participação ativa e os contributos do corpo docente, a partilha de experiências e conhecimentos com faculdades que já implementaram esta metodologia, a aferição deste processo e a sua respetiva validação serão propulsores à mudança de mentalidade necessária à modificação do ensino/ aprendizagem na NMS.

Referências Bibliográficas

1. AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS ATRAVÉS DE OSCE. Essências EDUCare. Novembro de 2009. Gabinete de Educação Médica da FMUC. Disponível em <https://www.uc.pt/fmuc/gabineteeducacaoomedica/fichaspedagogicas/Essencias13>
2. Madalena Folque Patrício, Miguel Julião, Filipa Fareleira & António Vaz Carneiro (2013) Is the OSCE a feasible tool to assess competencies in undergraduate medical education? *Medical Teacher*, 35:6, 503-514, DOI: 10.3109/0142159X.2013.774330
3. Zaric, S., & Belfield, L. A. (2015). Objective Structured Clinical Examination (OSCE) with Immediate Feedback in Early (Preclinical) Stages of the Dental Curriculum. *Creative Education*, 6, 585-593. <http://dx.doi.org/10.4236/ce.2015.66058>
4. Gormley G. (2011). Summative OSCEs in undergraduate medical education. *The Ulster medical journal*, 80(3), 127-132. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23526843>
5. Casey, Petra M. et al. To the point: reviews in medical education—the Objective Structured Clinical Examination. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Volume 200, Issue 1, 25-34. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.09.878>
6. Implementing an OSCE. In Harden R, Lilley P, Patrício M. *The Definitive Guide to the OSCE. The Objective Structured Clinical Examination as a performance assessment*. 1st Edition. Churchill Livingstone: 2015. P.115-126.

Impacto Educacional do Método de Ensino de Medicina Geral e Familiar nos Estudantes de Medicina da Universidade de Coimbra em 2017-2018

Educational Impact of a Methodology of Teaching General Practice/Family Medicine in Medicine Students of the University of Coimbra in 2017-18

Mélanie Freitas*, Luíz Miguel Santiago**, Inês Rosendo***, José Augusto Simões***

Resumo

Objetivos: Caracterizar o impacto educacional do processo de ensino da unidade curricular (UC) de Medicina Geral e Familiar (MGF), avaliando os resultados do ensino e aprendizagem na UC de MGF no ano letivo de 2017-2018.

Métodos: Foram analisados os resultados das respostas a questionário aplicado em sala no início e no fim de cada aula a todos os alunos respondentes. Realizou-se estatística descritiva sendo verificadas as dinâmicas de crescimento das respostas ($\Delta = (t2-t1)/t1$). Adotou-se para significado estatístico o valor de $p < 0,01$.

Resultados: Neste estudo, 78,3% das 60 perguntas apresentaram uma dinâmica de crescimento positiva e 21,6% das questões, apresentaram uma dinâmica de crescimento negativa. Houve um ganho em 50% do total de perguntas na melhor resposta no final da aula. Em 50% das questões, não houve avaliação satisfatória quanto à resposta dada 56,7% das perguntas apresentaram resultados estatisticamente significativos. Em 51,7% das perguntas há diferença com significado estatístico entre ambos os tempos de aplicação com $p < 0,01$.

Abstract

Objectives: To evaluate and reflect on the teaching process of the General and Family Medicine (MGF) Curricular Unit (UC), by assessing teaching and learning outcomes of General and Family Medicine in the academic year 2017-2018.

Methods: Analysis of the pedagogical surveys and the questionnaires filled by the students at the beginning and end of each class. Descriptive statistics were performed as well as trends in answers.

Results: In this study, 56.7% of the questions presented statistically significant results. 78.3% of the questions presented positive growth dynamics, 21.6% of the questions presented negative growth dynamics. There was a learning improvement in 50% of the total questions, post-training. In 50% of the questions, there was no satisfactory evaluation regarding gain and learning capacity improvement.

Conclusions: There were training and learning improvements for the students who attended these theoretical-practical classes. Teaching strategy can now be refined to improve learning percentage as well as the students.

* Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

** Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, CEISUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

*** Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde.

Conclusões: Verificou-se ganho na melhoria das respostas no final da aula para os alunos que frequentaram as aulas teórico-práticas. A metodologia aplicada deverá ter futuras re-edições para confirmar os presentes resultados.

Palavras-chave: Estudantes de medicina; educação médica; medicina geral e familiar; ensino; aprendizagem.

Key words: Medicine students, medical education, General Practice / Family Medicine, Teaching, Learning.

Introdução

*“A insatisfação pelos modelos educacionais tem sido uma constante desde o século XVIII, com particular relevância após a segunda metade do século XX, com o crescente escrutínio dinamizado pelos próprios médicos e pela sociedade, em geral”.*¹ Um modelo educacional orientado para as necessidades da prática clínica e por objetivos, tem apresentado uma aceitação internacional.² Os recentes debates sobre o papel da Medicina na Sociedade, apontam para uma crescente complexidade na adequação das novas referências no Ensino Superior à formação dos futuros profissionais de saúde.³ Com as constantes alterações das exigências académicas, profissionais e socioeconómicas, têm sido muitas as recomendações, modelos e estratégias pedagógicas propostas para a formação médica pré-graduada.⁴ Na revisão efetuada não foi possível encontrar trabalhos efetuados em Portugal e publicados em revistas indexadas sobre a temática da avaliação, em aula, do ganho de conhecimentos aplicando o mesmo teste no início e no fim da aula.

O desenvolvimento dos planos de ensino, investigação e melhoria de qualidade, devem basear-se na complexidade envolvida pelas características da disciplina, bem como nas competências nucleares subjacentes à mesma.⁵

Relativamente à especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF), as competências nucleares dizem respeito às capacidades que todos os especialistas nesta área da medicina devem possuir e às quais os alunos de Medicina devem ser expostos.

Sendo o ensino da MGF um processo formativo de aquisição de conhecimentos e competências é importante o seu início de aquisição em período pré-graduado.

A gestão de cuidados de saúde primários, os cuidados centrados na pessoa, a aquisição de competências específicas para a resolução de problemas, a orientação comunitária e uma abordagem abrangente e holística constituem a base da pirâmide cujo topo visa a excelência na prática da especialidade de MGF.⁶

Todas estas abordagens ao doente devem complementar-se do ponto de vista biopsicossocial e biomédico contribuindo para a resolução de problemas.^{1,3}

Aspirando a um sistema de formação médica de qualidade e esperando as melhores condições preparatórias dos estudantes do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), esta unidade curricular de MGF tinha para o ano letivo de 2017-2018 como objetivos gerais e perspectiva de resultados: Adquirir familiaridade com os determinantes de queixas, problemas e questões regularmente colocados por pacientes na prática da MGF; Adquirir aptidões para abordagem dessas queixas, problemas e questões; Aprender conhecimentos, aptidões e atitudes necessários para o exercício da MGF - cuidados centrados na pessoa, contexto familiar e perspectiva comunitária; Definir a prática médica em MGF; Aplicar o método de registo médico orientado por problemas; Executar a avaliação da família, identificando o tipo e estabelecendo o plano de ação para a família; Descrever meios de promoção da saúde e prevenção das doenças; Prever a necessidade de cuidados continuados; Dominar os problemas comuns do doente crónico, incapacitado e terminal.⁷

Atualmente, é inegável a relevância da autoavaliação e da avaliação exterior de cursos de medicina e das instituições que a lecionam, funcionando como uma espécie de auditoria interna dentro da própria unidade de ensino.⁵

O presente artigo tem como objetivo avaliar e refletir sobre o processo de ensino da unidade curricular de MGF na FMUC, no ano letivo de 2017-2018, avaliando os resultados do ensino e aprendizagem decorrente do Regulamento Pedagógico da FMUC.⁸

Métodos

Realizou-se estudo observacional do ano letivo de 2017-2018 avaliando os resultados de perguntas realizadas, por escrito no início e no fim de cada aula às mesmas perguntas, e com resposta dicotômica “Sim / Não”. O estudo foi apenas realizado no final do ano letivo para avaliação dos resultados dos dois semestres em simultâneo, assim evitando viéses na equipa docente.

O ensino/aprendizagem desta unidade curricular estava estruturado com aula teórica no início de cada semestre, para introdução aos objetivos e metodologia a seguir pelo Regente. (7) Ao longo do semestre foram lecionadas aulas teórico-práticas, num total de 30 horas em sala, sendo de duas horas a duração de cada aula em pequenas turmas, não ultrapassando os 18 alunos. O corpo docente era composto por um Regente e dois Assistentes convidados, todos doutorados e especialistas em MGF, com experiência de ensino e orientadores de formação específica em MGF.

A metodologia pedagógica era de interatividade entre corpo docente e estudantes na pesquisa da informação e obtenção dos resultados, em visualização e debate de consultas pré-filmadas e de atividades de “role-play”.⁷

Os dados das respostas foram estudados por estatística descritiva e inferencial com o programa “SPSS Software for Windows versão 24.0”. Após a verificação da normalidade dos dados foram utilizados o teste não paramétrico U de Mann-Whitney e definiu-se para diferença estatística o valor de $p < 0,01$ sendo verificadas as dinâmicas de crescimento das respostas calculadas como $\Delta = (t_2 - t_1) / t_1$.

Para caracterizar o impacto educacional foram analisadas as respostas de questionário aplicado no início (T1) e no fim (T2) de cada uma das 15 aulas teórico-práticas, nos 1º e 2º semestre do ano letivo de 2017/2018 na UC de MGF, lecionada no 5º ano do MIM da FMUC, num total de 60 questões.

Resultados

A pesquisa com os termos MeSH: “Students, Medical” [MAJR] AND “Education, Medical, Undergraduate” [MAJR] AND (“General Practice/education” [MAJR] OR “General Practitioners/education” [MAJR] não revelou estudos de autores portugueses publicados em revistas indexadas.

No total dos dois semestres foram ministradas aulas a 323 alunos. Pela Tabela I podem verificar-se todos os resultados atingidos, sendo de realçar que as dinâmicas de crescimento mesmo quando negativas significam melhorias na resposta por as perguntas serem maioritariamente na negativa, exceto na aula “*O Planeamento Familiar e a Saúde Materna com o seguimento da gravidez de baixo risco*”.

As análises por aula e pergunta são apresentadas em anexo, sendo de realçar que em 15,0% das 60 perguntas houve má dinâmica de crescimento (Δ). Tal verificou-se sobretudo na aula “A Saúde Materna e o seguimento da gravidez de baixo risco; O planeamento Familiar em MGF”, com duas perguntas a ter dinâmica de crescimento no sentido da pior resposta.

Em 51,7% das perguntas há diferença com significado estatístico entre ambos os tempos de aplicação com $p < 0,01$, segundo a Tabela II, que se encontra em anexo.

Tabela I. Respostas corretas, em média, em Tempo 1 e Tempo 2 e sua dinâmica de crescimento, por aula, para ambos os semestres nas 15 aulas ministradas, sequencialmente numeradas e com título apresentado.

Aula	T1 (%)	T2 (%)	Δ (T2-T1)
1 A especialidade de Medicina Geral e Familiar	87,9	92,8	0,06
2 A consulta em MGF e seu desenvolvimento segundo o método SOAP com adequados registos em anotações e classificação	51,9	67,7	0,30
3 A comunicação na consulta para a empatia e a comunicação	50,3	67,2	0,33
4 A consulta em MGF e seu desenvolvimento para a capacitação	67,9	75,63	0,11
5 Avaliação da família em MGF - Parte I	46,4	63,3	1,13
6 Avaliação da família em MGF - Parte II	52,7	66,6	0,40
7 Promoção da saúde e prevenção da doença em MGF - Parte I	45,2	59,1	0,94
8 Promoção da saúde e prevenção da doença em MGF - Parte II	53,4	69,3	0,30
9 Unidades de Cuidados de Saúde em MGF	45,5	83,8	0,95
10 O Planeamento Familiar e a Saúde Materna com o seguimento da gravidez de baixo risco	80,25	44	-0,38
11 O acompanhamento da Pessoa com Hipertensão Arterial e da Pessoa com Diabetes	63,2	69,4	0,10
12 A Saúde Infantil e a sua realização	67,0	69,2	0,03
13 Multimorbilidade: Aspectos práticos	27,2	29,3	0,08
14 Polifarmacoterapia: Aspectos práticos	89,7	91,2	0,02
15 A Abordagem à Pessoa com problemas psicológicos: A Saúde Mental	96,8	95,7	-0,01

Discussão

Este processo de avaliação do ganho relativamente aos questionários colocados aos alunos no início e no final de cada aula teórico-prática, analisando a dinâmica de crescimento que compara T1 e T2 foi pensado na ótica do ganho do conhecimento quanto a objetivos de cada aula. Uma dinâmica de crescimento positiva ($\Delta > 0$) significa que no final da aula se obtiveram mais respostas certas do que no início. A melhoria de conhecimento significa neste caso resposta acertada no final da aula por ter havido oportunidade de aprendizagem.

Apenas numa aula foi verificado que 50,0% das questões não teve melhoria da resposta. Deve salientar-se que em todas as aulas foram sempre dadas as referências bibliográficas que suportavam as afirmações, na perspetiva de evitar conflitos de conhecimentos com o transmitido em Unidades Curriculares específicas. Ou seja, evitaram-se sempre as opiniões de peritos, como sendo as opiniões dos docentes de MGF que prepararam e ministraram as aulas.

Devem ser salientadas as primeiras 9 aulas, as mais específicas da MGF (ver Tabela I) e nas quais se verificaram sistemáticas e importantes melhorias nas respostas. A novidade da especialidade de MGF, com a qual os alunos contactam no 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina carecia de avaliação no seu ganho de conhecimento e a forma de lecionação terá levado a ganhos.

Pela inversa devemos salientar a aula “10 O Planeamento Familiar e a Saúde Materna com o seguimento da gravidez de baixo risco” que revela os piores resultados na dinâmica de crescimento das respostas o que implica repensar a matéria e a técnica de lecionação.

Conclusão

Verificou-se ganho na melhoria das respostas no final da aula para os alunos que frequentaram as aulas teórico-práticas. A metodologia aplicada deverá ter futuras re-edições para confirmar os presentes resultados.

Referências Bibliográficas

1. Martins e Silva J. Educação médica e profissionalismo. *Acta Med Port.* 2013;26(4):420-7.
2. Association of American Medical Colleges. Learning objectives for medical student education—guidelines for medical schools: report I of the Medical School Objectives Project. *Acad Med.* 1999 Jan;74(1):13-8.
3. Ferreira MA. Educação Médica no Século XXI : O Desafio da Integração da Tecnologia e Humanidades. *Gaz Médica.* 2016;3(4):156-161.
4. Gomes AP, Rego S. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2014;38(3):299-313.
5. Martins e Silva J. A importância de definir as competências nucleares do licenciado em Medicina. In: Victorino R, Jollie C McKimm J. *O Licenciado Médico em Portugal. Core Graduates Learning Outcomes Project.* Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2005. ISSN 972-9349-19-3. p.9-17.
6. EURACT. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar). *Rev Port Clin Geral.* 2005;511-516.
7. Universidade de Coimbra; Faculdade de Medicina. Mestrado Integrado em Medicina. Plano de Estudos. Unidade Curricular / Medicina Geral e Familiar. [Internet] Disponível em URL: https://apps.uc.pt/courses/PT/unit/81379/16221/2019-2020?common_core=true&type=ram&id=5841. Acedido a 25/01/2019
8. Universidade de Coimbra; Faculdade de Medicina; Conselho Pedagógico. Regulamento Pedagógico da FMUC. [Internet] Disponível em URL: http://www.uc.pt/fmuc/ensino/regulamentos/OO_RPFMUC_Homologado. Acedido a 25/01/2019.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não ter conflito de interesses.

Endereço para Correspondência

Mélanie Freitas: melanie.a.m.freitas@gmail.com

Luiz Miguel Santiago: <https://orcid.org/0000-0002-9343-2827>,
lmsantiago@netcabo.pt

Inês Rosendo: <https://orcid.org/0000-0001-8838-6021>,
inesrcs@gmail.com

José Augusto Simões: <https://orcid.org/0000-0003-2264-7086>,
jars@uc.pt

ANEXO

Tabela II. Análise da dinâmica de crescimento (Δ) e nível de significância (p) nas respostas às perguntas em ambos os tempos de aplicação; Δ calculado em função da percentagem de respondentes.

Aula	P	T1 (%)	T 1	T2 (%)	T 2	Δ (T1-T2)	p	Resposta correta	
TP1 A MGF	P1	<i>É uma especialidade médica reconhecida pela ordem dos médicos?</i>						0,750	Sim
		91,8	293	92,5	273	0,01			
	P2	<i>Tem uma definição europeia?</i>						0,083	Sim
		85,6	273	90,2	266	0,05			
	P3	<i>Existe um processo específico de consulta?</i>						<0,001	Sim
		76,7	243	88,8	262	0,16			
	P4	<i>Desenvolvimento profissional contínuo e desenvolvimento educacional continuado, são características obrigatórias do médico de MGF?</i>						0,024	Sim
		97,5	307	99,7	294	0,02			
TP2 A consulta em MGF e seu desenvolvimento segundo o método SOAP com adequados registos em anotações e classificação	P1	<i>Idealmente a consulta em MGF deve realizar-se em 4 passos?</i>						<0,001	Sim
		34,5	164	71,4	332	1,07			
	P2	<i>A exploração faz parte da primeira fase da consulta?</i>						0,005	Não
		50,1	237	59,1	275	0,18			
	P3	<i>O modo como se faz o registo em consulta de MGF é o SAOP?</i>						0,534	Não
		46,8	223	44,7	208	-0,04			
	P4	<i>A ICPC2 é uma forma de classificar motivos de consulta?</i>						<0,001	Sim
		76	357	95,5	443	0,26			
TP3 A comunicação na consulta para a empatia e a comunicação	P1	<i>Ser empático significa apenas sentir o que o doente sente?</i>						<0,001	Não
		26,8	77	44,3	125	0,65			
	P2	<i>A perceção de empatia médica pelo paciente pode ser medida em 5 perguntas?</i>						0,900	SIM
		63,3	183	63,8	180	0,01			
	P3	<i>Comunicação empática com "Sentimento ou experiência compartilhados" implica declaração de anterior experiência semelhante?</i>						<0,001	Sim
		47,9	138	83	234	0,73			
	P4	<i>A empatia médica diminui ao longo do Mestrado Integrado em Medicina?</i>						<0,001	Sim
		63,1	181	77,7	219	0,23			
TP4 A consulta em MGF e seu desenvolvimento para a capacitação	P1	<i>Capacitação é o ganho que a pessoa adquire numa consulta?</i>						0,225	Sim
		32,7	83	27,7	71	-0,15			
	P2	<i>O conceito de Medicina Centrada na Pessoa implica que o médico seja paternalista?</i>						<0,001	Não
		42,7	109	75,6	195	0,77			
	P3	<i>O acordo quanto ao que fazer num encontro médico-paciente é o aspeto fundamental da Medicina Centrada na Pessoa?</i>						0,097	Sim
		98	249	99,6	257	0,02			
	P4	<i>O empoderamento significa ser o doente a decidir o que vai aceitar fazer?</i>						0,098	Não
		98	250	99,6	257	0,03			

<p>TP5 Avaliação da família em MGF - Parte I</p>	P1	<i>Uma família é composta por membros com laços sanguíneos?</i>					Não
		16	41	88,2	239	4,51	
	P2	<i>Deve fazer-se uma avaliação familiar em todas as consultas de MGF?</i>					Não
		13,6	35	19,9	54	0,46	
	P3	<i>Sabendo a fase de ciclo de vida familiar podemos prestar cuidados antecipatórios?</i>					Sim
		88,7	227	100	271	0,13	
	P4	<i>O genograma familiar pode ser útil para perceber os acontecimentos da vida de uma família?</i>					Não
		67,3	173	45	122	-0,33	
<p>TP6 Avaliação da família em MGF - Parte II</p>	P1	<i>A dinâmica familiar desenhada pela pessoa num círculo de Thrower pode ser lida por qualquer médico que conheça o método?</i>					Não
		77,6	191	88,7	236	0,14	
	P2	<i>As ligações e apoios familiares desenhadas num ecomapa podem ser lidas por qualquer médico que conheça o método?</i>					Sim
		32,9	81	59,4	158	0,81	
	P3	<i>Existem escalas validadas em Portugal para avaliar a funcionalidade familiar e os apoios familiares?</i>					Sim
		21,5	53	22,2	59	0,03	
	P4	<i>A terapia familiar faz parte das competências de qualquer médico de família?</i>					Sim
		78,9	194	95,9	255	0,22	
<p>TP7 Unidades de Cuidados de Saúde em MGF</p>	P1	<i>O Centro de Saúde é a base do Sistema Nacional de Saúde?</i>					Sim
		30	76	67,1	167	1,24	
	P2	<i>O Centro de Saúde tem comprovada capacidade de providenciar cuidados globais de saúde de um modo custo efetivo, junto das comunidades?</i>					Sim
		60,1	152	95,2	277	0,58	
	P3	<i>Os meus cuidados de saúde melhoram porque consulto o mesmo médico sempre que é possível?</i>					Sim
		47,8	119	77	191	0,61	
	P4	<i>As consultas geradas pelos utentes podem ser urgentes e não urgente?</i>					Sim
		44	110	96	238	1,18	
<p>TP8 Promoção da saúde e prevenção da doença em MGF - Parte I</p>	P1	<i>A prevenção secundária visa remover a exposição a um fator de risco causal antes que se desenvolva mecanismo patológico?</i>					Não
		7,2	19	1,2	3	0,16	
	P2	<i>Para uma alimentação saudável deve-se recomendar consumir o menos possível de gordura e sal?</i>					Não
		85,9	226	96,9	252	0,13	
	P3	<i>A abordagem para a cessação tabágica inclui sempre a marcação de um dia D para deixar de fumar?</i>					Sim
		79,1	208	93,1	242	0,18	
	P4	<i>Contemplação é um estadio de mudança em que a pessoa está consciente da importância de modificar o hábito em causa?</i>					Sim
		8,4	22	45	117	4,36	

<p>TP9 Promoção da saúde e prevenção da doença em MGF - Parte II</p>	P1	As recomendações mais recentes portuguesas para o rastreio do cancro do colo do útero recomendam que seja feito de 5 em 5 anos?	Sim			
		34,1	84	33,9	85	-0,01
	P2	Um homem de 50 anos fumador, sem queixas, que não faz análises há 10 anos, deve fazer um ECG de "rotina"?	Não			
		46,3	114	72,9	183	0,57
	P3	A osteoporose é um exemplo de sobrediagnóstico com necessidade de prevenção quaternária?	Sim			
		68,4	169	84,9	213	0,24
	P4	O médico de família deve fazer advocacia do doente?	Sim			
		64,8	160	85,3	214	0,32
<p>TP10 A Saúde Materna e o seguimento da gravidez de baixo risco; O planeamento Familiar em MGF</p>	P1	A consulta pré-concepcional deve ser realizada antes de parar a contraceção?	Não			
		42,9	103	13,3	33	-0,69
	P2	Quando a grávida entra em contacto com os serviços de saúde tardiamente deverá realizar os exames/rastreios preconizados para a 1ª consulta de gravidez, com exceção dos que já não sejam possíveis de realizar atendendo à idade gestacional?	Sim			
		56,4	133	49	122	-0,13
	P3	As consultas de planeamento familiar são gratuitas, assim como as pílulas, preservativos, anel vaginal, implante e DIU fornecidos no centro de saúde?	Sim			
		35,4	85	8,4	21	-0,76
	P4	Deve-se recomendar o autoexame da mama nas consultas de planeamento familiar?	Não			
		16,7	40	68,7	171	3,11
<p>TP11 O acompanhamento da Pessoa com Hipertensão Arterial</p>	P1	A terapêutica da diabetes defendida pela Direção Geral da Saúde é a igual à do Consenso americano-europeu?	Sim			
		83,3	175	84	168	0,01
	P2	Os indicadores em uso na diabetes centram-se na pessoa que sofre de diabetes?	Não			
		63,6	133	90,5	181	0,42
	P3	A classificação de Hipertensão Arterial exige valores médios de duas medições realizadas, em pelo menos, duas diferentes consultas após a deteção inicial de valores elevados de pressão arterial?	Sim			
		95,2	199	96,5	193	0,01
	P4	O diagnóstico de dislipidemia deve ser confirmado por uma segunda avaliação laboratorial após jejum de 12 horas, realizada com um intervalo mínimo de quatro semanas, antes de se iniciar qualquer terapêutica?	Sim			
		10,5	22	6,5	13	-0,38
<p>TP12 A Saúde Infantil e a sua realização</p>	P1	O seguimento recomendado da criança e adolescente inclui consultas anuais dos 2 até aos 18 anos?	Não			
		89	153	89,2	165	0,00
	P2	O exame objetivo é a parte mais importante da consulta de saúde infantil até aos 9 anos de idade?	Não			
		90,1	155	97,3	180	0,08
	P3	A vacina do tétano deve ser dada de 10 em 10 anos a partir dos 10 anos, segundo o Plano Nacional de Vacinação?	Não			
		4,7	8	4,9	9	0,04
	P4	A vacina da gripe tem boa eficácia comprovada a prevenir complicações da gripe nos idosos?	Não			
		84,3	145	85,4	158	0,01

<p>TP13 Multimorbilidade: Aspetos Práticos</p>	P1	Faz parte do conceito de multimorbilidade a associação de uma doença crónica com um fator de risco biopsicossocial?					Sim
		1,3	2	0,7	1	-0,46	
	P2	A prevalência da multimorbilidade em Portugal em Cuidados Primários é de 50%?					Não
		5,7	9	14,4	21	1,53	
	P3	Na gestão da multimorbilidade centrada na pessoa deve ser utilizada a ferramenta PACE?					Sim
		98,1	154	100	146	0,02	
	P4	A "fragilidade" de uma pessoa com multimorbilidade deve ser medida num episódio agudo?					Não
		3,8	6	2,1	3	-0,45	
<p>TP14 Polifarmacoterapia: Aspetos Práticos</p>	P1	Ao aplicar uma abordagem baseada na evidência equilibram-se só os benefícios do diagnóstico/intervenções terapêuticas?					Sim
		89	153	89,2	165	0,00	
	P2	A terapêutica, em particular na multimorbilidade, deve obedecer estritamente às Normas da DGS?					Não
		90,1	155	97,3	180	0,08	
	P3	A polifarmacoterapia pode ser necessária e como tal estar correta?					Sim
		95,3	164	95,1	176	0,00	
	P4	Faz parte da Prescrição Racional minimizar a responsabilidade médica?					Não
		84,3	145	85,4	158	0,01	
<p>TP15 A Abordagem à Pessoa com problemas psicológicos - Saúde Mental</p>	P1	Saúde mental é o mesmo que Psiquiatria?					Não
		98,7	155	99,3	145	0,01	
	P2	A atividade física é terapêutica essencial na Saúde Mental segundo várias "guidelines"?					Sim
		94,3	148	85,6	125	-0,09	
	P3	O suicídio pode ser antecipado em Medicina Geral e Familiar?					Sim
		98,1	154	100	146	0,02	
	P4	O diagnóstico da Demência é, sobretudo clínico pela entrevista e testes cognitivos?					Sim
		96,2	151	97,9	143	0,02	

Uma Improvável Queimadura: Relato de um Caso de Esclerose Sistêmica Difusa

An Unlikely Burn: A Case Report of Diffuse Systemic Sclerosis

Catarina Dias Rosa*, Ana Adão**, Mariana Bastos***, Sandra Almeida*, Filipe Prazeres*

Resumo

Introdução: A Esclerose Sistêmica Difusa (ESD) é uma doença autoimune, de causa desconhecida, que pode afetar múltiplos sistemas orgânicos, condicionando gravemente a qualidade de vida dos doentes afetados. Embora não sejam conhecidos os eventuais agentes que modifiquem a evolução da doença, a terapêutica imunossupressora deverá ser iniciada numa fase precoce, sendo por esse motivo primordial o reconhecimento desta patologia nas fases mais iniciais. Inevitavelmente a ESD condiciona elevado impacto a nível físico e psicológico do doente, devendo ser considerados fatores como o estado nutricional, a dor, o descondicionalismo físico, a atrofia muscular, as comorbilidades, o impacto psicológico da doença e o isolamento social. A abordagem dos doentes com ESD deve ser por isso baseada numa visão global e multidisciplinar.

Descrição do caso: Apresenta-se um caso de uma mulher de 50 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo para a doença atual. Queixas de edema e rubor de ambas as mãos associado a rigidez matinal de 30 minutos com duas semanas de evolução. Ao exame objetivo verificava-se edema em todos os dedos de ambas as mãos, rubor ligeiro nas articulações metacarpofalângicas, interfalângicas distais e interfalângicas proximais. Não se verificava dor à palpação ou mobilização das articulações e ligeira limitação na flexão. Foi orientada a nível hospitalar, inicialmente pela especialidade de Medicina Interna, tendo sido colocada a hipótese diagnóstica de ESD após realização de meios

Abstract

Background: Diffuse Systemic Sclerosis (DSS) is an autoimmune disease of unknown cause that can affect multiple organ and systems, with a serious impact on patients' quality of life. Although agents that modify the course of the disease are not known, immunosuppressive therapy should be started at an early stage, and its early recognition is therefore of great importance. The DSS inevitably causes a high physical and psychological impact on the patient, and factors such as nutritional status, pain, physical deconditioning, muscle atrophy, comorbidities, psychological impact of the disease and social isolation should be considered. The approach of patients with ESD should be based on a global and multidisciplinary approach.

Case Description: We present a case of a 50-year-old woman with no personal or family history of relevance to the current disease. The patient presented edema and flushing of both hands associated with morning stiffness of 30 minutes with two weeks of evolution. The objective examination showed edema in all the fingers of both hands, slight redness in the metacarpophalangeal, proximal and distal interphalangeal joints, absence of pain at palpation or mobilization of the joints, and slight limitation in flexion. She was initially hospital-oriented by the specialty of Internal Medicine and the diagnostic hypothesis of SSD was placed after completing diagnostic tests. Since it is a multiorganic disease, it is currently undergoing consultations in Rheumatology, Dermatology, Physical and Rehabilitation medicine and Pneumology.

* USF Beira Ria, ACeS Baixo Vouga, ARS Centro

** USF Flor de Sal, ACeS Baixo Vouga, ARS Centro

*** USF Vale do Cértima, ACeS Baixo Vouga, ARS Centro

complementares de diagnóstico. Por se tratar de uma doença multiorgânica, mantém seguimento atualmente em consultas de Reumatologia, Dermatologia, Pneumologia e Medicina Física e de Reabilitação.

Comentário: Embora a ESD seja uma doença extremamente rara, o relato deste caso realça a importância do conhecimento por parte do médico de família dos sinais de alarme desta doença reumatológica. Além disso, tem ainda um papel relevante na gestão da multimorbilidade associada e no suporte aos cuidadores do doente.

Palavras-Chave: Esclerose, Esclerodermia, Abordagem

Introdução

A Esclerose Sistêmica Difusa (ESD) é uma doença multissistêmica, de natureza autoimune, caracterizada por inflamação e hiperreatividade micro e macrovascular^{1,3}. Caracteriza-se por alterações a nível vasomotor e fibrose, com consequente atrofia da pele, tecido subcutâneo, músculos e órgãos internos (gastrointestinal, pulmões, coração, rins e sistema nervoso central), sendo acompanhada de alterações a nível imunológico². A sua etiologia mantém-se desconhecida¹, sendo mais frequente em mulheres com idades compreendidas entre os 35 e os 55 anos^{1,3}. O envolvimento renal e pulmonar são as principais causas de morte na ESD^{1,2}. Embora não sejam conhecidos agentes que modifiquem a evolução da doença¹, a terapêutica imunossupressora deverá ser iniciada numa fase precoce⁵, com vista a melhorar a qualidade de vida, minimizando a lesão orgânica. Os tratamentos imunossupressores têm demonstrado alguma eficácia apenas em fases precoces da doença¹. Tratando-se de uma doença que pode progredir rapidamente para a morte, o reconhecimento precoce da ESD é fundamental, sendo a referência para consulta especializada uma prioridade. A abordagem destes deve ser sempre baseada numa visão global e multidisciplinar³. Inevitavelmente a ESD condiciona elevado impacto tanto a nível físico como psicológico do doente, interferindo na vida familiar e social. Devem ser considerados fatores como o estado nutricional, a dor, o descondicionamento físico, a atrofia muscular, as comorbilidades, o impacto psicológico da doença, a autoimagem e o isolamento social¹.

Commentary: Although ESD is an extremely rare disease, this case report highlights the importance of the family physician's knowledge of the warning signs of rheumatic diseases. In addition, the family doctor also has a role in managing the associated multimorbidity and support of the patient's caregivers.

Keywords:

Descrição do Caso

Mulher, 50 anos de idade, caucasiana, operária numa fábrica de conservas de peixe. Pertence a uma família reconstituída, habitando com o seu companheiro e um filho de anterior casamento, Graffar classe média, APGAR familiar altamente funcional. Tem como antecedentes pessoais hipertensão, dislipidemia e depressão major. Medicada com olmesartan medoxomilo 10mg/dia, atorvastatina 10mg/dia e fluoxetina 20mg/dia. Nega alergias conhecidas, nega hábitos tabágicos, alcoólicos ou consumo de drogas de abuso. O Plano Nacional de Vacinação encontrava-se atualizado.

Em janeiro de 2015 iniciou edema e rubor de ambas as mãos, associado a rigidez matinal de 30 minutos, uma semana após ter manuseado peixe congelado. A doente recorreu à sua unidade de saúde no dia 27 de janeiro, duas semanas após o início do quadro, pensando tratar-se de uma queimadura pelo frio. Ao exame objetivo apresentava edema em todos os dedos de ambas as mãos, rubor ligeiro nas articulações metacarpofalângicas (MCF), interfalângicas distais (IFD) e interfalângicas proximais (IFP), ausência de dor à palpação ou mobilização das articulações e ligeira limitação na flexão. Foi programada consulta de reavaliação após duas semanas e pedidas análises sanguíneas que demonstraram VS 18mm e PCR 1.10mm/dL. Pelo resultado das análises e pela persistência das queixas, foi solicitada consulta de Medicina Interna no centro hospitalar de referência, a qual se realizou a 19 de fevereiro.

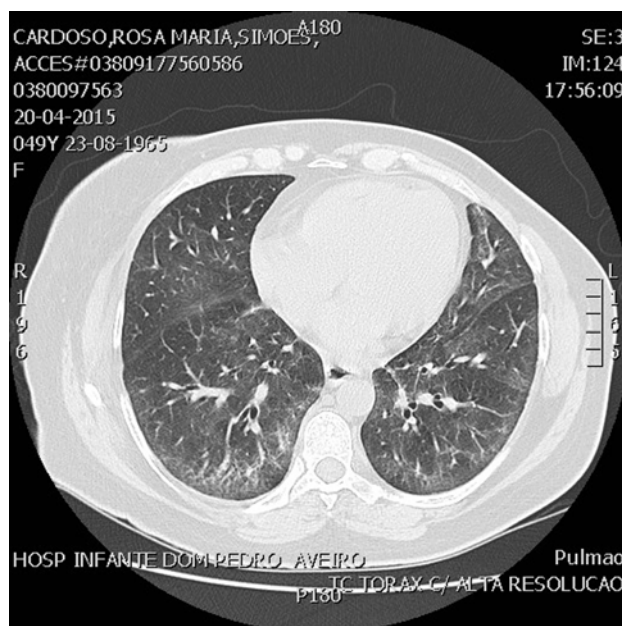
Ao exame objetivo apresentava esclerodactilia, tom violáceo em todos os dedos de ambas as mãos, assim como artrite nas articulações IFP. Foram pedidas análises sanguíneas que viriam a revelar LDH 245 U/L, PCR 0.50mm/DI, ANAs 1/640 - Padrão Mosqueado e Anticorpos Anti-Scl70 311.00 - Positivo. Na consulta subsequente, dia 18 de março, pela suspeita de ESD, foram solicitados vários exames complementares de diagnóstico e pedida consulta de Reumatologia com carácter de urgência.

Na consulta de Reumatologia, realizada a 21 de maio, manifestava queixas de mialgias inespecíficas, parestesias difusas envolvendo os dedos e palmas das mãos, tumefação difusa dos dedos, associadas a queixas compatíveis com fenómeno de *Raynaud* de dupla fase, artralgias de ritmo misto envolvendo os dedos com rigidez matinal > 1h, alopecia exuberante, dispneia para médios esforços, disfagia, xerostomia. Ao exame objetivo sobressaíam crepitações inspiratórias finas na auscultação pulmonar de ambas as bases, esclerodactilia com eritrodermia e *Raynaud* moderado (sem úlceras ou lesões cicatriciais), esclerodermia facial, bem como da zona do decote (Figura 1), antebraços e pernas bilateral, associado a telangiectasias plantares. O exame de imagem torácico revelou discretas áreas de densificação de baixa densidade do tipo “vidro despolido” no lobo médio, língula e lobos inferiores, indiciando patologia intersticial, além de discretas bronquiectasias nos segmentos superiores dos lobos inferiores, áreas de densificação irregulares e reticulação nos segmentos posteriores dos lobos inferiores sugestivas de fibrose (Figura 2). O estudo funcional ventilatório revelou diminuição moderada da capacidade de difusão alvéolo-capilar pelo monóxido de carbono. A manometria esofágica revelou mais de 50% das deglutições ineficazes. Na capilaroscopia verificaram-se alterações compatíveis com esclerose sistémica.

Figura 1. Esclerodermia zona do decote



Figura 2. TC torax



Face ao quadro clínico e resultados dos exames complementares de diagnóstico foi colocado o diagnóstico de ESD com atingimento imunológico, pulmonar, gastroesofágico, articular e dermatológico. Foi iniciado tratamento farmacológico com ciclofosfamida 750mg/m² em pulso mensal, prednisolona 7,5mg id, clotrimazol 960mg em dias alternados, metoclopramida 10mg id, carbonato de cálcio 1500 mg + colecalciferol 400 UI id, ácido alendrónico 70mg + colecalciferol 2800UI semanal, pantoprazol 40mg id. Neste momento mantém seguimento em consultas hospitalares de Reumatologia, Dermatologia, Pneumologia e Medicina Física e de Reabilitação.

Comentário

A evolução dos factos narrados retrata a importância do conhecimento precoce dos sinais de alarme da doença reumatológica por parte do MF. Foi fundamental a realização cuidada do exame objetivo e colheita de história da doença atual, mesmo quando a utente já atribuía uma causa à sintomatologia apresentada. Destaca-se ainda neste caso a celeridade com que a doente foi orientada nos cuidados de saúde secundários, tendo tido consulta de Medicina Interna em menos de um mês após o início da sintomatologia. Além disso, é ainda de sublinhar a importância da articulação entre as diversas especialidades hospitalares e os cuidados de saúde primários.

Referências Bibliográficas

1. Coelho PC, Cunha I, Cruz M, Salvador MJ, Santos MJ. Manual Prático da Esclerose Sistémica GDRESIS. Sociedade Portuguesa de Reumatologia.
2. Schwartz RA. Systemic Sclerosis. Medscape [Internet]; 2016 [cited 2016 Set 2]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1066280-overview>
3. Cordeiro A. Esclerose Sistémica. Boletim Informativo da Sociedade Portuguesa de Reumatologia. 2011. Sociedade Portuguesa de Reumatologia. 265378/07
4. Cordeiro A. Systemic Sclerosis: know more, hope more. Acta Reumatol Port. 2016 Jan-Mar;41(1):6-7.
5. Denton CP, Hughes M, Gak N, Vila J, Buch MH, Chakravarty K, Fligelstone K, Gompels LL, Griffiths B, Herrick AL, Pang J, Parker L, Redmond A, Van Laar J, Warburton L, Ong VH. BSR and BHPR guideline for the treatment of systemic sclerosis. Rheumatology (Oxford). 2016 Jun 9. pii: kew224.

Conflito de Interesses

As autoras declaram não ter conflito de interesses.

Endereço para Correspondência

Catarina Dias Rosa: catarina.dias.rosa@gmail.com

Empatia e Arte – Poderá um Programa de Arte numa Unidade de Saúde Familiar Influenciar a Empatia Percecionada pelos Utentes?

Empathy and Art - Can an Art-based Program in a Primary Care Unit Influence Patients' Perceived Empathy?

Teresa Tomaz*, Ana Marta Neves*, Benvinda Barbosa*, Francisco Fachado*, Pedro Fonte**

Resumo

Introdução: A empatia é uma ferramenta essencial na relação clínica, podendo ser treinada e aferida. Pensa-se que a exposição dos profissionais de saúde a programas de arte possa melhorar a empatia clínica percebida pelos utentes; porém, desconhece-se qual a sua influência na comunicação com os utentes.

Objetivos: Avaliar a influência dum programa de arte na empatia percebida pelos utentes relativamente aos profissionais de saúde numa unidade de saúde familiar e verificar a relação entre a empatia percebida pelos utentes e as características sociodemográficas dos mesmos.

Métodos: Estudo quase-experimental, com avaliação pré e pós-intervenção, conduzido numa unidade de saúde familiar entre janeiro e julho de 2018. Utilizaram-se amostras de conveniência calculadas a partir da população inscrita na unidade de saúde familiar com idade igual ou superior a 18 anos. A intervenção, aplicada aos médicos e enfermeiros, consistiu num programa de arte constituído por três sessões referentes a cinema, literatura e fotografia. Para determinar a influência da intervenção, avaliou-se a empatia pré e pós-intervenção

Abstract

Introduction: Empathy is an essential component of the doctor-patient relationship which can be measured and trained. The exposure of healthcare practitioners to art-based programs is thought to improve clinical empathy as perceived by patients; however, the exact influence of these programs is unknown.

Objectives: To evaluate the influence of an art-based program on patients' perceived empathy of health care providers in a primary care unit and to assess the relationship between patients' sociodemographic characteristics and their perceived empathy of health care providers.

Methods: A quasi-experimental study was conducted in a primary care unit between January and July of 2018, with evaluations made before and after an art-based program was applied. A convenience sample was calculated based on patients aged 18 or older enrolled in the primary care unit. The intervention consisted in an art program directed towards doctors and nurses which included three lectures on cinema, literature and photography. Intervention effectiveness was evaluated by comparing empathy before and after the intervention

* USF do Minho, ACeS Cávado I - Braga, ARS Norte.

** USF do Minho, ACeS Cávado I - Braga, Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde / Escola de Medicina, Universidade do Minho.

através do questionário “The Consultation and Relational Empathy” e dum questionário sociodemográfico. As associações entre variáveis foram testadas com testes não paramétricos (Mann-Whitney e Kruskal-Wallis) e correlação de Spearman, com um nível de significância de 0,05.

Resultados: Obtiveram-se 390 e 371 questionários antes e após a intervenção. Verificou-se um aumento estatisticamente significativo da empatia percebida pelos utentes após a intervenção ($p < 0,05$). As únicas associações estatisticamente significativas verificadas foram com a escolaridade ($p < 0,05$) e situação profissional ($p < 0,05$) no período pré-intervenção.

Discussão: Demonstra-se que um programa de arte aplicado a uma equipa de saúde pode apresentar impacto na empatia percebida pelos utentes, alertando para a possibilidade de criação futura de espaços de integração artística orientados para o ensino da empatia clínica nos cuidados de saúde primários.

Palavras-chave: “Empatia”, “Relação Médico-Doente”, “Cuidados de saúde primários”, “Arte”, “Competências clínicas de comunicação”

Introdução

A empatia é um conceito multidimensional que consiste na capacidade para observar as emoções dos outros, para perceber essas emoções e para lhes dar resposta.¹ Permite ao profissional de saúde compreender as emoções e sentimentos expressos pelo utente com o objetivo de lhes dar resposta. Demonstrar empatia implica usar competências que podem ser treinadas e aferidas, traduzindo-se numa componente essencial da aprendizagem clínica. Os estudos realizados encontraram benefícios quanto à satisfação do utente, adesão ao tratamento e à redução do número de queixas.^{1,2}

A empatia entende-se como um processo complexo e multidimensional. Alguns autores consideram quatro dimensões empáticas que, em conjunto, beneficiam a prática clínica: emotiva, moral, cognitiva e comportamental.³ A dimensão emotiva refere-se à capacidade subjetiva de experienciar e partilhar emoções e perspetivas; a moral diz respeito às motivações individuais dos profissionais de saúde; a cognitiva consiste na capacidade objetiva de identificar e compreender as emoções e perspetivas do paciente; a comportamental implica devolver ao paciente esta compreensão.

as measured by “The Consultation and Relational Empathy” questionnaire, with additional sociodemographic data simultaneously collected on both occasions. Statistical analysis made use of non-parametric tests (Mann-Whitney e Kruskal-Wallis) and Spearman’s correlation test, with a cutoff value of 0.05 for significance.

Results: A total of 390 and 371 questionnaires were obtained before and after the intervention, respectively. A statistically significant improvement of patient’s perceived empathy was registered after the intervention ($p < 0,05$). Empathy scores were correlated with education level ($p < 0,05$) and employment status in the pre-intervention period ($p < 0,05$).

Discussion: An art-based program applied to a healthcare team has the potential to improve patient’s perceived empathy. These results should prompt the creation of art-based teaching programs directed towards improving clinical empathy in primary care teams.

Keywords: Empathy, Doctor-Patient Relationship, Primary Care, Art, Clinical Communication Skills.

Apesar da generalização de cursos de comunicação clínica, alguns estudos sugerem um declínio dos níveis de empatia nos profissionais de saúde, iniciando-se precocemente no período universitário.⁴ Neste sentido, alguns autores defendem que a participação em programas de arte poderá auxiliar o ensino da empatia nas suas quatro dimensões.⁵⁻⁷ O uso da arte no treino da empatia clínica apresenta várias justificações. As artes visuais (pintura e fotografia) permitem o reconhecimento do comportamento não-verbal do paciente através do estímulo da capacidade de observação do profissional de saúde.⁸ A literatura e o cinema facilitam a identificação e interpretação de situações envolvendo emoções fortes, como a comunicação de más notícias.⁹ A participação direta no processo artístico permite ao profissional explorar e questionar as suas emoções, desenvolvendo a autocrítica e autoreflexão.⁹ Diversas universidades de medicina e enfermagem têm implementado programas de arte nos seus currículos. Atualmente, desconhece-se qual a influência destes programas na empatia demonstrada pelos profissionais de saúde nos cuidados de saúde primários (CSP).

Este estudo teve como objetivo principal avaliar a influência dum programa de arte na empatia percebida pelos utentes relativamente aos profissionais de saúde duma unidade de saúde familiar (USF). Adicionalmente, pretendeu-se verificar se existia relação entre a empatia percebida pelos utentes e as características socio-demográficas dos mesmos.

Métodos

Desenho do estudo

Realizou-se um estudo quase-experimental, com avaliação pré e pós-intervenção da empatia percebida pelos utentes relativamente aos profissionais de saúde duma USF. O estudo iniciou-se em março de 2017 com a elaboração do protocolo de investigação, obtendo-se aprovação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte em novembro de 2017. A intervenção consistiu num programa de arte (descrito em detalhe na secção “Intervenção”) que foi aplicado aos médicos e enfermeiros da USF. Utilizou-se um questionário composto por duas partes para avaliar a empatia percebida pelos utentes antes (medida de empatia pré-intervenção) e um mês após (medida de empatia pós-intervenção) a implementação do programa de arte.

A primeira parte do questionário incluiu o instrumento “The Consultation and Relational Empathy” (CARE), validado nos CSP para avaliar a empatia percebida pelos utentes relativamente aos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros).¹⁰ Trata-se dum questionário anónimo constituído por 10 questões, demorando, em média, 10 minutos a ser preenchido pelo utente após a consulta. As questões são pontuadas numa escala de *Likert* de 1 (fraco) a 5 (excelente). A medida de empatia é obtida através da soma da pontuação das perguntas de cada questionário, variando de 10 (mínimo) a 50 (máximo). Consideram-se inválidos os questionários com três ou mais respostas “não se aplica”. Os questionários com uma ou duas respostas “não se aplica” são considerados válidos, substituindo-se o valor das respostas “não se aplica” pela média das restantes respostas. Utilizou-se o instrumento CARE traduzido para português usado num estudo prévio desenvolvido numa USF em Portugal, tendo-se obtido autorização dos autores deste estudo e dos autores originais. À data da realização deste estudo, este instrumento não se encontra validado em português.

A segunda parte do questionário incluiu questões sobre características sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade e situação profissional.

Foi entregue um consentimento informado a todos os utentes aquando do preenchimento do questionário e à equipa de saúde que integrou a intervenção realizada para garantir a proteção e confidencialidade. Os custos envolvidos no estudo ficaram a cargo dos autores.

População e amostra do estudo

A população englobou os utentes com idade igual ou superior a 18 anos inscritos na USF à data da sua realização (n=8780). Calculou-se uma amostra de conveniência constituída, no mínimo, por 369 utentes com consulta presencial na USF durante o período de aplicação dos questionários, o que corresponde, com um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, a uma amostra representativa da população da USF. Excluíram-se os utentes que recusassem a participação e que não compreendessem a língua portuguesa.

Aplicação dos questionários

No momento de efetivação da consulta médica ou de enfermagem, um elemento do secretariado clínico explicava o estudo ao utente caso este integrasse os critérios de inclusão definidos no estudo (utentes com idade igual ou superior a 18 anos que recorressem à USF durante o período de recolha dos questionários, com consulta presencial efetivada para médicos e/ou enfermeiros). O elemento do secretariado clínico excluía o utente do estudo se não compreendesse a língua portuguesa ou se recusasse participar.

Se o utente aceitasse participar, era instruído a regressar ao secretariado depois da consulta para obter o consentimento informado e o questionário e preenchê-los num espaço definido para o efeito. Os utentes colocavam os questionários preenchidos numa caixa sinalizada e selada.

A aplicação dos questionários ocorreu no período pré-intervenção (janeiro de 2018) e pós-intervenção (julho de 2018).

Intervenção

A intervenção consistiu num programa de arte desenvolvido pela investigadora principal do estudo. Este programa decorreu entre março e junho de 2018 e destinou-se à equipa de saúde da USF (seis médicos e seis enfermeiras) e a nove internos de formação específica de medicina geral e familiar. Foram excluídos os secretários clínicos, assistentes operacionais, estudantes de medicina e de enfermagem e outros elementos externos.

O programa de arte consistiu em três sessões versando três formas de arte: cinema, fotografia e literatura. As sessões decorreram em instalações exteriores à USF e tiveram carácter teórico-prático. A descrição das sessões e objetivos respetivos encontram-se detalhadas no quadro 1.

Quadro 1. Descrição e objetivos do programa de arte.

Título	Data	Duração	Objetivos
Empatia e Cinema	10/3/2018	5 horas	<p>Objetivos técnicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Perceber as formas de transmissão de emoção no cinema (atores, técnica e argumento) Abordar técnicas de comunicação não-verbal no cinema <p>Objetivos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Perceber a importância da entrevista clínica na relação entre o profissional de saúde e o paciente Entender a diferença entre entrevista centrada no paciente e no profissional de saúde Identificar barreiras na transmissão de empatia Compreender a importância da escuta ativa Conhecer técnicas de transmissão de empatia
Empatia e Fotografia	5/5/2018	8 horas	<p>Objetivos técnicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Explorar a câmara fotográfica e as suas capacidades técnicas Abordar a linguagem da composição fotográfica Analisar a técnica da fotografia de rua e de retrato Perceber as formas de transmissão de emoção na fotografia <p>Objetivos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Compreender os pressupostos da construção não-verbal da empatia Perceber a importância da observação atenta na identificação dos comportamentos não-verbais e padrões comportamentais
Empatia e Literatura	16/6/2018	5 horas	<p>Objetivos técnicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Abordar o uso de narrativas literárias e não literárias Abordar o conceito de medicina baseada na narrativa <p>Objetivos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Conhecer competências empáticas de resposta a situações emocionais fortes Identificar dificuldades e erros na comunicação de más notícias Abordar estratégias empáticas perante um paciente “difícil” Compreender a importância clínica do auto-conhecimento

A primeira sessão focou-se no cinema. Foi utilizada uma apresentação em formato *Powerpoint*[®] para abordar conceitos teóricos relativos às técnicas cinematográficas e à sua utilização na transmissão de empatia e de emoções fortes no cinema. Para a componente prática, recorreu-se a um ambiente experiencial psicodramático com recurso a *roleplay* com vista à interpretação de algumas das situações retratadas nas cenas de filmes visualizadas na sessão teórica. A equipa de saúde participou em situações de *roleplay* e debateu a condução das diversas entrevistas clínicas, propondo estratégias para melhorar a empatia transmitida. Como exercício prático, os participantes identificaram os principais erros de comunicação em diversas cenas. No final da

sessão foi entregue uma lista de filmes sugeridos e um guia de bolso de transmissão de empatia elaborado pelas autoras do estudo.

A segunda sessão incidiu sobre a fotografia. Previamente foi solicitado aos participantes que levassem individualmente uma câmara fotográfica ou um telemóvel com câmara. A sessão teórica foi dividida em duas partes: a primeira correspondeu a um curso breve de introdução à fotografia, onde foram abordados conceitos gerais sobre técnicas fotográficas. A segunda parte incidiu sobre a interpretação fotográfica, recorrendo-se a vários projetos de fotografia e trabalhos de fotógrafos profissionais como exemplos. A componente prática decorreu no exterior,

onde os participantes tiraram fotografias de rua e de retrato. Posteriormente, os participantes formaram dois grupos e utilizaram máquinas fotográficas descartáveis, tendo sido solicitado que imaginassem o que gostariam de transmitir com as suas fotografias.

A terceira sessão abordou a literatura. Esta sessão foi dinamizada através dum grupo de discussão, em que a investigadora principal participou como moderadora. Previamente à sessão foi entregue à equipa um documento intitulado “Empatia e Literatura”, consistindo numa análise a diferentes textos e obras literárias de ficção e não-ficção. Foram abordados e discutidos conceitos teóricos relativamente a situações de comunicação de más notícias, transmissão de empatia perante um paciente agressivo e conceitos relativos a dorlência e doença através da análise das obras selecionadas.

Análise estatística

Para a análise estatística utilizaram-se os programas Microsoft Excel® e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25®.

Numa primeira etapa, foi efetuada a análise descritiva. Para as variáveis categóricas (nominais e ordinais) foram determinadas as frequências absolutas e relativas e para as numéricas determinaram-se as medidas de localização central e dispersão. Foram apresentadas as medianas e amplitude interquartil para as distribuições assimétricas.

Para determinar se as amostras eram estatisticamente diferentes, aplicou-se o teste qui-quadrado às proporções das variáveis demográficas sexo, situação profes-

sional e escolaridade no período pré e pós-intervenção e o teste t-student para amostras independentes para a variável idade.

Visando testar a associação da medida de empatia com a idade, utilizou-se o teste de correlação de Spearman. Utilizaram-se os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para investigar a associação entre as restantes variáveis sociodemográficas e a medida de empatia. Através da aplicação do teste de Mann-Whitney, realizou-se uma análise comparativa dos resultados obtidos antes e após a intervenção. Para todos os testes estatísticos, o nível de significância foi estabelecido em 5% ($p < 0,05$).

Considerou-se que a eficácia da intervenção traduzir-se-ia num aumento da mediana da medida de empatia com um valor estatisticamente significativo.

Resultados

Foram obtidos 390 questionários válidos no período pré-intervenção e 371 no período pós-intervenção. No período pré-intervenção, consideraram-se 12 questionários inválidos e no período pós-intervenção 23 questionários inválidos por conterem mais de duas perguntas com a resposta “não sabe/não responde” e questionários sociodemográficos em branco.

O quadro 2 descreve as características sociodemográficas das amostras.

Quadro 2. Características sociodemográficas da amostra pré-intervenção e pós-intervenção.

Variáveis sociodemográficas		Pré-intervenção n (%)	Pós-intervenção n (%)	Teste qui-quadrado
Sexo	Feminino	278 (71,3)	249 (67,1)	1,55 ($p=0,213$)*
	Masculino	112 (28,7)	122 (32,9)	
Escolaridade	Até ao 4.º ano	66 (16,9)	63 (17)	2,57 ($p=0,462$)*
	5.º ao 9.º ano	93 (23,8)	74 (19,9)	
	10.º ao 12.º ano	103 (26,4)	114 (30,7)	
	Superior ao 12.º ano	128 (32,8)	120 (32,3)	
Situação profissional	Estudante	23 (5,9)	25 (6,7)	3,718 ($p=0,445$)*
	Ativo	233 (59,7)	222 (59,8)	
	Desempregado	36 (9,2)	45 (12,1)	
	Reformado	97 (24,9)	79 (21,3)	
Idade	Média pré-intervenção		Média pós-intervenção	Teste t-student
		46,7	42,4	t=0,581 ($p=0,948$)*

Legenda: * Teste de Qui-Quadrado; * Teste t-student para amostras independentes

No período pré-intervenção, a média de idades foi de 46,7 anos. A média da medida de empatia foi de 42,4 pontos, com um desvio padrão de 8,4. A mediana da medida de empatia obtida foi de 45 pontos.

Foi aplicado o teste de qui-quadrado, conforme descrito na metodologia, tendo-se obtido valores de $p > 0,05$, aceitando-se a hipótese nula, isto é, as amostras no período pré e pós-intervenção são estatisticamente semelhantes quanto ao sexo, escolaridade e situação profissional. Foi aplicado o teste t-student para amostras independentes para a variável idade, tendo-se obtido também valores de $p > 0,05$, concluindo-se que as amostras são estatisticamente semelhantes quanto à idade.

O teste de correlação de Spearman foi aplicado para investigar a associação entre as variáveis idade e empatia, dada a distribuição assimétrica da amostra. Os resultados desta correlação indicaram que houve uma associação muito fraca entre a idade e empatia, com significância estatística ($r_s = -0,18$; $p < 0,05$). Conforme se constata pela análise do quadro 3, não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis sexo e medida de empatia ($U = 14097$; $z = -1,490$; $p > 0,05$; $r = -0,08$); porém, verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a medida de empatia

e as variáveis escolaridade ($H = 22,602$; $p < 0,05$) e situação profissional ($H = 16,173$; $p < 0,05$). Constatou-se que os utentes com maior escolaridade atribuem uma medida de empatia mais elevada comparativamente aos de escolaridade inferior. Verificou-se também que os utentes profissionalmente ativos ou estudantes atribuem uma medida de empatia superior relativamente aos desempregados e reformados.

No período pós-intervenção, a média de idades foi de 46,0 anos. A média da medida de empatia foi de 47,2 pontos, com um desvio padrão de 4,2. A mediana da medida de empatia obtida foi de 50 pontos. À semelhança do período pré-intervenção, os resultados do teste de correlação de Spearman indicaram uma relação muito fraca entre a medida de empatia e a idade de forma estatisticamente significativa ($r_s = -0,158$; $p < 0,05$), e não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre a medida de empatia e o sexo ($U = 13444$; $z = -1,947$; $p > 0,05$; $r = -0,10$). Porém, também não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre as restantes variáveis sociodemográficas com a medida de empatia (quadro 3).

Quadro 3. Associação entre os níveis de empatia e as variáveis estudadas.

Variáveis sociodemográficas		Pré-intervenção			Pós-intervenção		
		Mediana ME	AIQ	p	Mediana ME	AIQ	p
Sexo	Feminino	43	12	0,136*	49	4	0,052*
	Masculino	46	11		50	7	
Escolaridade	Até ao 4.º ano	38	16	0,000*	48	6	0,333*
	5.º ao 9.º ano	43	17		50	7	
	10.º ao 12.º ano	47	10		50	4	
	Superior ao 12.º ano	48	10		50	2	
Situação profissional	Estudante	47	8	0,001*	50	2	0,206*
	Ativo	47	10		50	4	
	Desempregado	41	13		50	7	
	Reformado	41	16		49	8	

Legenda: * Teste de Mann-Whitney; * Teste de Kruskal-Wallis; ME – medida de empatia; AIQ – amplitude interquartil

Globalmente, a mediana da medida de empatia aumentou depois da intervenção, sendo a diferença estatisticamente significativa (45 vs 50 pontos; $U=50765$; $z=-7,342$; $p<0,05$; $r=-0,27$) (quadro 4).

Quando foi realizada a análise da mediana de cada pergunta do questionário CARE (mínimo de um ponto e máximo de cinco pontos), verificou-se que no período pré-intervenção a mediana atribuída a todas as questões foi de cinco pontos, excetuando as questões número seis (“Mostrar preocupação e compaixão ao mostrar-se ge-

nuinamente preocupado(a), interagindo consigo ao nível humano”) e dez (“Fazer um plano de ação consigo, ao discutir consigo as opções, envolvendo-o nas decisões na medida em que você quer estar envolvido”) que apresentaram uma mediana de quatro pontos. No período pós-intervenção, a mediana das pontuações atribuídas a cada questão foi de cinco pontos; esta diferença apresentou significância estatística aplicando-se o teste de Mann-Whitney ($p<0,05$) (quadro 4).

Quadro 4. Mediana da empatia global e por questão antes e após a intervenção

Medida de empatia		Pré-intervenção		Pós-intervenção		p-value*
		Mediana	AIQ	Mediana	AIQ	
Global		45	12,1	50	5	0,00
Por questão	Questão 1	5	1	5	0	0,00
	Questão 2	5	1	5	1	0,00
	Questão 3	5	1	5	1	0,00
	Questão 4	5	1	5	1	0,00
	Questão 5	5	1	5	1	0,00
	Questão 6	4	1,25	5	1	0,00
	Questão 7	5	1	5	1	0,00
	Questão 8	5	1	5	0	0,00
	Questão 9	5	1	5	0,5	0,00
	Questão 10	4	1	5	1	0,00

Legenda: * Teste de Mann-Whitney; AIQ – amplitude interquartil

Discussão

A implementação de programas de arte destinados a profissionais de saúde pré e pós-graduados surge na tentativa de dar resposta ao declínio dos níveis de empatia verificados ao longo do percurso académico e clínico. Porém, a dificuldade na concetualização e na avaliação da eficácia destes programas tem limitado a sua implementação. Além disso, considerou-se que estes programas apenas poderiam beneficiar as dimensões emotiva e moral da empatia, deixando de parte as cognitivas e comportamentais, fundamentais à prática clínica.

Este estudo pretendeu perceber qual a influência dum programa de arte na empatia percebida pelos utentes numa USF. Antes da intervenção, a média da medida de empatia obtida foi de 42,4 pontos, traduzindo um valor semelhante ao estudo realizado por Macedo *et al*

em 2011 numa USF em Portugal.¹¹ Após o programa, verificou-se um aumento da medida de empatia percebida pelos utentes relativamente aos profissionais de saúde. Parece, assim, que um programa de arte pode influenciar a empatia demonstrada pelos profissionais de saúde.

Quando analisada cada questão do questionário CARE, verificou-se que os utentes atribuíram uma pontuação inferior nas questões número seis e dez no período pré-intervenção, constatando-se uma melhoria estatisticamente significativa no período pós-intervenção. Sabe-se que as questões número um e seis do questionário CARE se relacionam com a dimensão emotiva da empatia, e as restantes com as dimensões comportamental e cognitiva.¹⁰ Assim, parece que um programa de arte pode ter impacto nas quatro dimensões empáticas.

Este estudo demonstrou uma associação entre a medida de empatia e as variáveis sociodemográficas escolaridade e situação profissional no período pré-intervenção. Assim, verificou-se que os níveis de empatia atribuídos pelos utentes aumentavam de acordo com o aumento da escolaridade. Verificou-se também que os estudantes e utentes profissionalmente ativos atribuíam pontuações mais elevadas nos questionários de medida de empatia comparativamente aos reformados e desempregados. Uma explicação que pode justificar este resultado é o facto de os profissionais de saúde se identificarem mais com indivíduos com maior escolaridade e com os estudantes e ativos profissionalmente. No estudo realizado por Macedo *et al*, verificou-se apenas uma associação semelhante com a escolaridade.¹¹

A associação encontrada neste estudo foi estatisticamente significativa apenas no período pré-intervenção. Este facto poderá ser explicado pelo aumento da medida da empatia no período pós-intervenção, atenuando as diferenças encontradas entre os diferentes grupos sociodemográficos.

Importa referir que a metodologia usada apresenta limitações, nomeadamente a inexistência dum grupo de controlo não exposto à intervenção e a utilização duma amostra de conveniência, não tendo sido possível utilizar a mesma amostra antes e após a intervenção. Apesar de as amostras não serem iguais, tentou-se ultrapassar esta limitação através da aplicação do teste de qui-quadrado, que demonstrou que ambas eram estatisticamente semelhantes. Adicionalmente, o questionário CARE não está validado na língua portuguesa. Importa ainda referir que foi avaliado o efeito do programa de arte num curto espaço de tempo após a intervenção ter sido concluída, desconhecendo-se o seu efeito a longo prazo.

Apesar do reconhecimento da importância da empatia na entrevista clínica, os programas formativos universitários e especializados ainda não dispõem de ferramentas de ensino estruturado de competências de comunicação em contexto clínico suficientes e universalmente difundidas. Espera-se, com este estudo, alertar para o benefício da criação futura de espaços de integração artística orientados para o ensino da empatia clínica. Seria interessante estudar o eventual impacto destes programas no *burnout* dos profissionais de saúde e, futuramente, replicar este estudo com a utilização dum grupo controlo, colmatando as limitações descritas, bem como estudar o impacto da intervenção a longo prazo. Assim, os autores concluem que estes programas poderão ser adjuvantes importantes no ensino da empatia médica nos CSP.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos responsáveis das instalações onde decorreram as sessões do programa de arte. Agradecem ainda ao Dr. António Macedo pela disponibilização do questionário CARE traduzido em português e a toda a equipa de saúde que aceitou participar no projeto.

Referências Bibliográficas

1. Cardoso RM. Competências Clínicas de Comunicação. 1st ed. Porto: Unidade de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2012.
2. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2013 Jan 1;63(606):e76–84.
3. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy: A review. *J Gen Intern Med.* 2006;21(5):524–30.
4. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ.* 2014;14(1):219.
5. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA.* 2005;293(9):1100–6.
6. Potash JS, Chen JY, Lam CL, Chau VT. Art-making in a family medicine clerkship: How does it affect medical student empathy? *BMC Med Educ.* 2014;14(1):1–9.
7. Graham J, Benson LM, Swanson J, Potyk D, Daratha K, Roberts K. Medical Humanities Coursework Is Associated with Greater Measured Empathy in Medical Students. *Am J Med.* 2016;129(12):1334–7.
8. Elder NC, Tobias B, Lucero-Criswell A, Goldenhar L. The art of observation: Impact of a family medicine and art museum partnership on student education. *Fam Med.* 2006;38(6):393–8.
9. Perry M, Maffulli N, Willson S, Morrissey D. The effectiveness of arts-based interventions in medical education: A literature review. *Med Educ.* 2011;45(2):141–8.
10. Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM. Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Fam Pract.* 2005;22(3):328–34.
11. Macedo A, Cavadas LF, Sousa M, Pires P, Santos JA, Machado A. Empathy in Family Medicine. *Rev Port Clin Geral.* 2011;27:527–32.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não ter conflito de interesses.

Endereço para Correspondência

Teresa Tomaz: tomaz.teresa@gmail.com

Ana Marta Neves: ana.marta2688@gmail.com

Benvinda Barbosa: benvindabarbosa25@gmail.com

Francisco Fachado: franciscofachado.usfdominho@gmail.com

Pedro Fonte: fonte.pedro.a@gmail.com

Um Estágio em Medicina da Família e Comunidade no País Irmão

An Internship in The Brother Country – Practice Report of an Internship In Family Medicine In Brazil

Joana Rita Marinho

Resumo

Introdução: Atualmente, vivemos num mundo globalizado. A migração populacional é cada vez maior, com predomínio do fluxo de pessoas de países desfavorecidos, para países com maior estabilidade socioeconómica. Nos últimos anos, a população migrante oriunda do Brasil tem aumentado em Portugal, particularmente em Lisboa. Na minha prática diária, tenho-me deparado frequentemente com emigrantes brasileiros, com as suas particularidades clínicas, crenças e cultura, que têm impacto na sua saúde individual. Assim, senti necessidade de conhecer melhor a realidade do Brasil, em termos dos cuidados de saúde e da sua cultura. Por outro lado, tinha como objetivo o conhecimento no terreno da forma de organização dos Cuidados de Saúde Primários de outro país – experiência enriquecedora para a prática clínica de um futuro médico de família.

Objetivo(s) e Métodos: Realizar um estágio num centro de saúde do Rio de Janeiro (Brasil) em setembro de 2018, orientado por um médico de medicina da família e da comunidade, para conhecer melhor a realidade brasileira, em termos culturais, a organização dos cuidados de saúde, e melhorar a minha prática clínica futura.

Resultados: O estágio possibilitou conhecer aprofundadamente o sistema de saúde brasileiro, em particular os cuidados de saúde básicos do RJ, assim como aspetos da cultura, organização e funcionamento social da população.

Abstract

Introduction: Nowadays, we live in a globalized world. Population migration is increasing, predominantly with a flow of people from deprived countries to countries with greater socioeconomic stability. In the past years, the migrant population coming from Brazil has increased in Portugal, particularly in Lisbon. As a family doctor, I have often encountered Brazilian emigrants, with their clinical peculiarities, beliefs and culture, which have an impact on individual health. Thus, I felt the need to become better acquainted with the reality of Brazil, in terms of health care and its culture. On the other hand, another goal was to get to know, in the field, another Primary Care form of organization – an enriching experience for any future family doctor.

Objective(s) and Methods: To carry out an internship in a health center in Rio de Janeiro (Brazil) at September 18, guided by a family and community doctor, to better understand the Brazilian culture and health care system.

Results: It was possible to get to know in depth the Brazilian health care system, in particular the primary health care of RJ, as well as the culture, organization and social functioning of the population.

Conclusion: It was an enriching internship, which made it possible to know a different health care system, innovative, that surpassed my expectations. It also made possible the training and increase of the medical knowledge, mainly of less frequent pathologies in Portugal.

* Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Cova da Piedade

Conclusão: Foi um estágio muito enriquecedor em termos profissionais, tendo possibilitado conhecer um sistema de saúde em cuidados básicos diferente, inovador, que superou as minhas expectativas. Também possibilitou o treino e aumento do conhecimento médico, principalmente de patologias menos frequentes em Portugal. Por outro lado, houve um crescimento pessoal com a integração temporária na comunidade do Rio de Janeiro e vivência sociocultural. Em última análise, permitiu-me conhecer melhor uma população migrante e adequar os cuidados de saúde e abordagem médica a esta população crescente no meu país.

Palavras-chave: medicina geral e familiar, Brasil, educação médica

On the other hand, there was a personal growth with the temporary integration in the community of RJ and consequent sociocultural experience. Ultimately, it allowed me to better understand a migrant population and to tailor health care and medical approach to this growing population in my country.

Keywords: general practice, Brazil, medical education

Introdução

Em 1978, foi promovida conjuntamente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela UNICEF, a “Declaração de Alma-Ata”¹, que veio definir os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como “os cuidados essenciais de saúde” que “são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo contínuo de assistência em saúde.” Os CSP são o pilar dos sistemas de saúde em inúmeros países a nível mundial. As fronteiras entre os vários países têm vindo a esbater-se, no sentido de que cada vez mais somos cidadãos do mundo. Estima-se que, durante o ano de 2017, tenham entrado em Portugal 19 551 imigrantes permanentes oriundos de cinco principais países: Brasil (15%), França (12%), Reino Unido (11%), Suíça (11%) e Venezuela (6%)². Relativamente à população estrangeira com estatuto de residente, em 2017, eram 416 682 e, desde 2014, que o posicionamento das cinco principais nacionalidades se mantém inalterado: Brasil, Cabo Verde, Ucrânia, Roménia e China.²

A população migratória brasileira é muito significativa em Portugal, com um total de 85.426 cidadãos³, mantendo-se como a principal comunidade estrangeira residente. Destes, a maioria está alocada à região de Lisboa e Vale do Tejo. Pelos dados do INE⁴, residem 40 385 na área metropolitana de Lisboa, sendo que existem 2469 brasileiros no concelho de Almada e 1629 no concelho do Seixal, o que significa que aproximadamente 1/3 da população brasileira está localizada na área do ACeS Almada-Seixal.

A realidade descrita acima foi um dos fatores que me motivou a selecionar o Brasil como local para estágio em cuidados de saúde primários no estrangeiro.

A curiosidade em conhecer outras realidades, perceber e integrar outras culturas, outras perspetivas e outras organizações de cuidados de saúde foi algo sempre presente desde que integrei o internato em MGF. Pareceu-me que o estágio de MGF3 seria o momento oportuno, tendo em conta que seria uma altura em que já teria um bom conhecimento e alguma prática do modo de funcionamento dos CSP. Vi este estágio como uma oportunidade para contactar com uma realidade médica, populacional e cultural diferente, tendo em vista o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Também me pareceu oportuno para potenciar o meu conhecimento médico, através da experiência de contacto com uma população diferente e heterogénea, que pudesse vir a ser aplicado na minha prática futura em Portugal, nomeadamente ao nível de algumas doenças mais prevalentes no Brasil, tendo em conta o fluxo de migrantes para o nosso país, que nos traz as suas peculiaridades culturais e de saúde.

Por outro lado, pareceu-me uma mais valia conhecer um sistema de cuidados de saúde diferente, e perceber a sua história, a sua organização e o seu modo de funcionamento, assim como perceber as semelhanças e diferenças face ao nosso SNS e, eventualmente, servir como inspiração para algumas melhorias da prática clínica.

Em última análise, achei de extrema importância realizar este desafio para o meu próprio desenvolvimento pessoal e, conseqüentemente, profissional – uma oportunidade única de crescer, aprender e evoluir.

Métodos

Pelos motivos descritos, propus-me a um estágio curto durante o período de estágio de MGF3, com a duração de 80 horas, no Rio de Janeiro (RJ), numa clínica de família, tutorada por um médico especialista em Medicina da Família e da Comunidade (MFC). Foi uma oportunidade única de crescer, aprender e evoluir como pessoa e como futura médica de família. Nas próximas seções irei relatar a minha experiência, abordando a organização dos cuidados de saúde brasileiros, particularmente do estado do RJ, assim como o quão enriquecedor foi este estágio, que decorreu entre 3 e 14 de setembro de 2018.

Resultados

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é vista como o primeiro nível de acesso ao um sistema de saúde – o Serviço de Saúde Único (SUS).⁵ Atualmente, a principal estratégia de políticas de saúde no Brasil é a saúde da família que tem recebido importantes incentivos financeiros, visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção. A saúde da família aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipas de saúde, compostas basicamente por médico(s) generalista(s), enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população.⁶ No RJ, o desenvolvimento da atenção primária tem sido particularmente notório e admirável. Irei relatar, conjuntamente, com a minha experiência, a organização do SUS no RJ.

No primeiro dia, fui recebida na Coordenação da PRMFC, onde foi feita uma apresentação breve do SUS, nomeadamente sobre a organização da APS. É exemplar a organização e estrutura que adquiriram em menos de 10 anos. Tem sido um enorme esforço aliado a um espírito de inovação e desenvolvimento que têm caracterizado a formação médica e os cuidados prestados à população neste período. O RJ passou de ter apenas 3% da comunidade abrangida por um médico de família para atualmente terem cerca de 70% da população coberta. A residência em MFC tem a duração de dois anos. No primeiro, a formação ocorre na própria unidade de saúde (Centro Municipal de Saúde ou nas Clínicas da Família), junto do preceptor (orientador de formação). É suposto

neste ano terem autonomia suficiente e conseguirem gerir os problemas mais comuns e o tempo de consulta, bem como executar os mais diversos procedimentos e prescrições. O segundo ano de internato está mais vocacionado para estágios no exterior (hospital ou outros serviços de saúde), sendo que apenas uma pequena parte do tempo é passada na unidade.

A Residência no RJ

Saliento algumas coisas que considerei interessantes na formação dos internos. Existe um Programa Político Pedagógico que determina um período de 6 horas semanais, distribuídas por várias atividades devidamente calendarizadas: sessões clínicas (2h/semana), discussão de temas clínicos divididos em 5 eixos temáticos (cardiovascular, materno-infantil, saúde mental e indiferenciados I e II), seminários e/ou oficinas de capacitação a cada 3 meses (espaços multimédia com videoconferência – 12h), oficinas semanais com capacitação de preceptores e matriciamento (consultoria) com preceptores de outras especialidades. Do que presenciei na clínica onde estive, existe uma reunião semanal, com internos e, por vezes, com a participação de um ou mais preceptores, onde se discutem casos clínicos, onde se fazem apresentações teóricas/teórico-práticas dos mais variados temas, onde se discutem videograções, onde se fazem outro tipo de apresentações e onde se esclarecem e discutem questões relacionadas com a residência. Curiosamente, no primeiro dia, pude assistir à exposição de uma das residentes sobre um estágio que tinha feito recentemente em Portugal na USF Oriente, sendo que considerei muito interessante, pois foi comparando o nosso sistema (que conseguiu conhecer com bastante detalhe) com o sistema brasileiro, o que me deu também logo uma perspetiva. Existem também aulas que são lecionadas pelos preceptores aos seus internos ou a um grupo de internos, baseadas nuns guiões desenvolvidos pelo grupo de coordenação do internato, que consistem na discussão de vários temas baseada em casos clínicos dos cuidados de saúde primários.

Não existe um sistema de avaliação geral para os internos – há avaliações trimestrais com os preceptores e, no final dos dois anos, é o preceptor que determina se o residente está apto para ser especialista em MFC ou se necessita de prolongar o tempo de residência. A título de curiosidade, um residente de MFC no RJ, na altura do estágio, tinha um salário mensal de cerca de 3000 reais (aproximadamente 680€), que é praticamente o dobro do que auferem um residente hospitalar. Um especialista de MFC, tem um rendimento mensal à volta de 7500 reais (aproximadamente 1700€).

Em dois anos, os internos têm de adquirir uma quantidade de conhecimento e competência muito considerável, pelo que considero que a estrutura atual da residência está muito bem desenhada para que tal seja possível. Claro que isso acarreta um esforço significativo da parte dos residentes, que têm horários semanais acima das 50 horas, fora tempo de estudo e trabalhos. Contudo, têm também uma tarde sem consulta presencial, onde fazem outro tipo de atividades, nomeadamente atualizar o processo de alguns utentes, no que respeita a vigilâncias, pedidos de encaminhamento (referenciações hospitalares), entre outros. Fiquei com a impressão que desde o primeiro ano, os internos são muito autónomos e gerem eles próprios os doentes que vão atendendo, sendo que agem mais como médicos de família destas pessoas, dos que os próprios preceptores, pois a maior parte destes últimos exerce fundamentalmente um papel de consultoria.

O Sistema Único de Saúde – Clínicas da Família

Cada médico de família tem entre 3000 a 4000 utentes atribuídos. É extremamente difícil gerir uma lista com esta dimensão. Ainda para mais com a viragem económica dos últimos anos, muitas pessoas perderam a capacidade de poder pagar planos de saúde (equivalente aos seguros de saúde/subsistemas de saúde em Portugal). Assim, muitos ficaram unicamente dependentes do SUS, que ainda não tem capacidade suficiente para dar uma resposta satisfatória à maioria das pessoas.

As clínicas de família são dotadas de múltiplos serviços: consultas médicas programadas e de urgência, consultas de enfermagem programadas (principalmente grupos vulneráveis, sendo que algumas são inteira e exclusivamente realizadas por enfermeiros, como por exemplo as gravidezes de baixo risco de mulheres saudáveis) e de urgência (que funcionam como uma triagem, contudo podem por si resolver problemas mais simples. O enfermeiro no RJ tem um papel mais proativo e autónomo, face a Portugal. Além de realizarem autonomamente consultas e múltiplos procedimentos (citologias, colocação de dispositivos intrauterinos, ...), ainda estão habilitados para emitirem receitas de fármacos mais comuns (analgésicos e alguns antibióticos). Existem as visitas domiciliárias, que são feitas em conjunto com os agentes de saúde comunitários – estes gerem os agendamentos de cada equipa, fazem o atendimento inicial na clínica, têm um papel fundamental na ligação a alguns utentes em regime domiciliário, nomeadamente dirigem-se a casa das pessoas para entrega de medicação, credenciais para meios complementares de diagnóstico ou outros documentos, colheita de sangue

para análises e ainda analisam a parte social e habitacional dos utentes. Cada equipa de família é constituída por um médico, eventualmente residentes de MFC, um enfermeiro e entre dois a três agentes da comunidade. Para além destes profissionais, cada clínica tem ainda apoio de outras especialidades médicas. A clínica onde fiquei alocada, tinha em permanência um fisiatra e duas psiquiatras, e em regime parcial uma pediatra, um dermatologista e uma ginecologista, que também realizam consultas no local a utentes mais complexos referenciados pelas equipas, assim como estão disponíveis para discussão de casos pontuais. Muitos outros profissionais de saúde estão em permanência ou em determinados dias nas clínicas, nomeadamente dentistas ou higienistas orais, fisioterapeutas (estando muitas clínicas equipadas para realização de tratamentos) e psicólogos. Existe um programa – Academia Carioca – implementado em todas as unidades de saúde no RJ, que têm um espaço destinado à prática de atividade física, com aparelhos de exercício físico, onde se realizam, várias vezes por semana, diferentes atividades (ginástica, dança, exercícios de reforço muscular), acompanhadas por profissionais de desporto. Existe ainda uma farmácia em cada clínica, com um ou dois farmacêuticos presentes, onde são dispensados de forma totalmente gratuita os medicamentos prescritos, que constam numa listagem oficial pré-definida. No Brasil, esses tratamentos farmacológicos, apesar de restritos, são totalmente gratuitos e suportados pelo SUS. Excepcionalmente, são prescritos outros medicamentos que podem ser adquiridos nas farmácias comunitárias a um custo reduzido. Para além das clínicas de família, a atenção primária é ainda composta pelas Unidades Permanentes de Atendimento (UPA) que são o equivalente aos Serviços de Atendimento Permanente (SAP) em Portugal. Estas funcionam 24 horas em alguns locais. São unidades equipadas com meios complementares de diagnóstico, nomeadamente análises clínicas, exames radiológicos, eletrocardiografia e ecografia, funcionando assim como “mini” hospitais. Não tive oportunidade de conhecer mais a fundo estas unidades, contudo pelo que me foi transmitido, são locais com grande afluência, onde por vezes os cuidados prestados não são os melhores.

A articulação com os cuidados de saúde secundários dá-se a dois níveis, como em Portugal. Um prende-se com a articulação com o serviço de urgência hospitalar. Existem vagas nos hospitais destinadas a receber exclusivamente doentes referenciados pelas clínicas de família – as denominadas “Vagas Zero”. Ou seja, cada serviço de urgência tem camas “reservadas” a doentes urgentes encaminhados pelas clínicas. Antes de se referenciar um doente, o médico envia um pedido informático com a informação clínica para o SAMU (Serviço de

Atendimento Móvel de Urgência) que dá a orientação de qual o hospital disponível para receber o doente, sendo posteriormente enviada uma ambulância para transporte do mesmo. É mostrado no sistema informático, em tempo real, o estado do pedido, pelo que o médico vai controlando o tempo de chegada do transporte. Do que presenciei, é um serviço com um conceito muito interessante. Contudo, dependendo da gravidade das situações referenciadas, a resposta pode ser algo morosa, dado que o transporte tem de ser feito obrigatoriamente por ambulância. Cheguei a presenciar, não raras vezes, o médico referenciar um doente de manhã/início da tarde e ter de aguardar pela ambulância após a hora de fecho da clínica, várias horas depois.

Outro nível de articulação, são as referências para consulta de especialidades hospitalares, que são feitas através de dois sistemas: SISREG e SER.

O SISREG é um sistema municipal exclusivo do Rio de Janeiro e serve para solicitar consultas hospitalares ou procedimentos específicos. Os usuários/utentes que forem referenciados pelo seu médico de família, podem consultar online o estado do pedido, assim como o agendamento de eventuais exames. Foi uma forma de aumentar a transparência dos tempos de espera e permitir que sejam as próprias pessoas a acompanhar o estado do pedido. É um sistema bem concebido do ponto de vista do acesso à informação clínica, sendo que o médico apenas tem de descrever o motivo de referência, pois todo o histórico de saúde do utente já está inserido na rede. Existe outro programa, o SER (Sistema Estadual de Regulação), por onde se fazem referências para o INCA (Instituto Nacional do Câncer), cirurgia e algumas especialidades hospitalares como hematologia e cardiologia, que é muito mais limitador e burocrático, com tempos de espera muito superiores.

A Prática Clínica Diária

Após a reunião na coordenação da residência em MFC, dirigi-me à clínica onde fiquei alocada: o Centro Municipal de Saúde Manoel José Ferreira, no Bairro do Catete - RJ. O meu tutor era especialista em MFC há 4 anos. Oriundo da Alemanha, fez todo o seu percurso académico no país de origem, onde se formou em Ortopedia, tendo ainda exercido alguns anos. Após um estágio no Brasil, e por se ter deixado fascinar pela MFC, mudou de vida e ingressou na residência em MFC no RJ.

Ao chegar à clínica, após percorrer uma rua relativamente deserta, abri as portas e encontrei o caos. Filas desordeiramente intermináveis, funcionários do aten-

dimento embrenhados no trabalho apesar do ruído de fundo, pessoas de bata branca a passarem apressadamente. Pensei que as segundas-feiras são complicadas em todo o lado, contudo vim a aperceber-me que o afluxo e o caos são transversais a todos os dias. Após ter conseguido chamar a atenção de um dos funcionários do atendimento, fui levada ao gabinete do meu tutor, que estava atarefado a meio de uma consulta. Foi uma manhã caótica, com uma agenda muito preenchida, sendo que o meu tutor ia aproveitando os curtos intervalos entre consultas para me ir dando algumas informações. No final da manhã, decorreu uma das reuniões de residentes e preceptores. Curiosamente e como já mencionei, a reunião começou com uma apresentação sobre a experiência de estágio de uma das residentes em Portugal, na USF Oriente, do ACeS Lisboa Oriental. Foi muito interessante escutar a perspectiva dela dos nossos cuidados de saúde, e perceber algumas diferenças apontadas pela mesma, tendo sido tecidos vários elogios ao nosso sistema. Após a hora de almoço, foi mais uma tarde caótica. Dezenas de pessoas inscritas, dezenas de pessoas atendidas, uns casos mais simples, outros mais complexos. Algumas ficaram por atender e foram proteladas para outras alturas (quando o afluxo é grande é feita uma triagem que irei abordar mais à frente). Terminámos já depois das 18h, hora de encerramento da clínica.

Regressei no dia seguinte, às 8h, hora de abertura da clínica. A clínica funciona todos os dias da semana das 8h às 18h e aos sábados das 8h às 13h (apenas para atendimentos urgentes).

Por dia, cada equipa de saúde atende entre 20 a 40 pessoas, por vezes mais, seja em consultas programadas, seja consultas de urgência. Parte dos doentes são vistos pelo residente, em menor número pelo preceptor, pela enfermeira ou por estagiários de medicina, sendo que eu própria realizei várias consultas em autonomia parcial, após ter ganho mais conhecimento do sistema informático. A maioria das consultas programadas, são solicitadas pelos próprios utentes, para resolução de diversos problemas. Nos últimos tempos, por questões políticas e sociais, as pessoas têm perdido os seus seguros de saúde, pelo que passaram a recorrer ao SUS. Foi curioso observar que uma grande parte destes, cidadãos de classe média em idade ativa, agendavam consulta para solicitar “exames de rotina”, porque “era isso que faziam todos os anos pelo seguro”. À semelhança de Portugal, embora atualmente julgo que estamos a melhorar, ainda há muito a cultura das “rotinas/check ups”, sendo que o meu tutor nestes casos tinha uma postura muito correta e tentava educar a população para desmistificar esta necessidade,

estando também ele alerta para a importância da prevenção quaternária nos cuidados de saúde. De uma forma geral, uns mais relutantes que outros, acabavam por perceber e aceitar.

Existem alguns programas de vigilância, em que as consultas são agendadas periodicamente, como as grávidas e as crianças. À semelhança de Portugal, existem programas para estes grupos, não tão bem estruturados, mas que permitem vigiar algumas das etapas chave do desenvolvimento infantil e da evolução de uma gravidez. Grande parte deste tipo de consulta é feita única e exclusivamente pela enfermeira. Também existem consultas para os hipertensos e para os diabéticos, não havendo critérios bem definidos para a vigilância periódica e realização de MCD's de controlo. Uma das maiores limitações, seja neste tipo de consultas, seja noutros casos, é o tipo de fármacos que podem ser prescritos. O SUS disponibiliza um leque de medicamentos, que são prescritos pelo médico de família e que as pessoas podem levantar gratuitamente na clínica. Contudo não há muitas opções, muito menos se se tratar de fármacos da mesma classe, pelo que se torna muito limitador em caso de efeitos adversos a um determinado fármaco ou mesmo numa escalada terapêutica. Há sempre a opção de os medicamentos serem adquiridos pelas pessoas nas farmácias comunitárias, mas nem toda a gente consegue suportar os custos.

Não há períodos destinados aos vários tipos de consulta num horário semanal, sendo que estas são agendadas consoante a necessidade. Existem alguns períodos em que preferencialmente é agendado um determinado tipo de consulta, mas depende muito da procura, pelo que a maioria das consultas acaba por ser agendada no próprio dia, seja qual for o motivo. É feita uma triagem pelos agentes da comunidade na admissão e estes estão permanentemente a questionar o médico se podem agendar mais alguém. Aliás, as interrupções na consulta são uma constante, seja pelos agentes da comunidade, seja por outros profissionais, ou até pelos próprios doentes, que abrem a porta para questionar se ainda vão ter de esperar muito ou, não raras vezes, para expor logo o problema que os faz estar a procurar ajuda. É muito difícil gerir todo este movimento. Por vezes, não há mesmo capacidade para observar mais pessoas, pelo que os médicos de família, após terem recebido uma solicitação pelos agentes da comunidade e não se tratando de casos urgentes, protelam a consulta para o dia seguinte.

Voltando aos motivos de consulta, os mais comuns são muito variados: uma parte vinha “por rotina, fazer *check-ups*”, outros para controlo de doenças crónicas (HTA,

DM); As queixas músculo-esqueléticas e os quadros infecciosos são comuns; Outros vinham para as consultas de vigilância de saúde infantil ou saúde materna. Em suma, muitos dos principais motivos são semelhantes ao nosso país. O que vi de diferente: as agressões a desconhecidos, as vítimas das mais variadas situações de violência, a droga e a toxicod dependência.

Um exemplo

Recordo-me de uma consulta, em que um pai trouxe o filho de um ano a uma consulta por um quadro respiratório sugestivo de nasofaringite viral. A consulta durou quase uma hora. Eram os últimos do dia. O meu tutor conhecia a família. Residiam na favela perto da clínica – o Morro Azul. O pai era um conhecido traficante de droga. Abertamente, disse-nos que recentemente tinha criado uma estufa de cogumelos “mágicos” (alucinogénios) em casa, onde reside com o filho e outra criança mais velha da sua atual companheira. Foi interessante observar a forma como o meu tutor foi cautelosamente fazendo algumas questões para averiguar o risco a que a criança estava exposta. Após nos ter ensinado todo o processo e cuidados de cultivo, ficámos a saber que o faria numa área da casa que estaria fechada à chave, pelo que as crianças não teriam acesso. Achei toda a situação muito preocupante, porque o pai também não demonstrou qualquer preocupação face aos riscos que as crianças corriam. O meu tutor disse-me que os sistemas de proteção e as autoridades já estavam alerta, mas que de facto nada era feito. Não me vou estender sobre a já mediática violência no Brasil e felizmente não a experienciei, mas vi testemunhos dela, demasiados. Como interna de MGF numa USF modelo B, numa zona urbana, com uma população variada, mas em geral com um nível de socioeconómico médio-alto, nunca me tinha deparado frente a frente com muitas destas situações. Foi muito enriquecedor. Permitiu-me refletir sobre as assimetrias sociais e como é difícil ser médico de família nestes contextos.

O dia-a-dia na clínica também me permitiu colaborar e observar vários procedimentos, desde realização de ECG a suspeitas de EAM, às coloquiais colpocitologias, colocação de DIU de cobre (método muito usado para além dos contraceptivos orais), tratamento de feridas, úlceras, entre outros. Relato ainda a minha experiência em participar numa das múltiplas atividades que estavam disponíveis na clínica – a *Cuca Fresca*. Trata-se de um grupo de autoajuda orientado por um psiquiatra e duas psicólogas que trabalham diariamente na clínica. Este grupo reúne-se uma vez por semana e é constituído por cerca de 30 pessoas, embora o número de

participantes seja livre. É a equipa de saúde que propõe à pessoa com psicopatologia para procurar e participar neste grupo. Não é necessária inscrição, basta aparecer. Fui assistir a uma dessas sessões. A maioria dos participantes já se conheciam, e eram sobretudo mulheres. Havia duas pessoas novas e eu. Iniciámos a sessão com um quebra-gelo: dissemos o nosso nome e completámos a frase: “hoje eu agradeço...”, e em seguida cantámos em grupo. Depois seguiu-se uma sessão em que quem quisesse expunha um problema, um assunto sobre o qual quisesse falar. Foi muito interessante escutar tantas histórias. Pontualmente as psicólogas ou as psiquiatras iam sabiamente intervindo, assim como outros participantes. Terminámos a sessão em círculo, de mãos dadas, a completar a frase: “hoje é um bom dia, porque...”. Palpava-se a leveza e a serenidade com que as pessoas saíram da sessão. Mesmo o que nos relatavam na consulta, era um feedback muito positivo. Em Portugal há uma grande carência na área de saúde mental e, neste aspeto, assim como na área do exercício físico e dos cuidados dentários, foi muito gratificante ver como o RJ conseguiu implementar tão importantes áreas no seu sistema de saúde.

Falo, por último, das visitas domiciliárias. Tive oportunidade de realizar várias visitas domiciliárias durante o estágio. Relato uma das mais peculiares. Foi uma visita conjunta com o meu tutor, a enfermeira, o agente da comunidade (que acompanham sempre o médico ou o enfermeiro) e uma das psiquiatras da clínica. Tratava-se de uma senhora de 70 anos, cujo domicílio tinha sido solicitado por um vizinho, por uma alteração do comportamento nos últimos tempos. Foi o porteiro do prédio que nos levou até casa da senhora. A situação da casa era indescritível. O cheiro, a acumulação de objetos, a escuridão. Surgiu-nos uma senhora visivelmente emagrecida, com uma higiene precária, com ar desconfiado e assustado com a nossa presença. Feita uma abordagem inicial, em que nos apresentámos e explicámos a nossa presença, seguiu-se uma longa e surreal conversa, principalmente com o meu tutor e a psiquiatra. Era uma senhora viúva, cujo filho tinha também falecido há alguns anos, e que nos últimos meses tinha começado a ter um comportamento estranho, isolando-se em casa e com um discurso incoerente. Apuraram-se muitas ideias persecutórias, entre outros sintomas psicopatológicos. Foi muito enriquecedor observar a forma como a psiquiatra abordou a senhora, tendo tentado negociar uma ida à clínica para um exame físico geral e/ou início de alguma medicação. Não se conseguiu colaboração por parte da senhora, que não apresentava qualquer crítica para a sua situação. Posteriormente, fomos falar com o porteiro, que era a única pessoa que a senhora deixava entrar no apartamento e

quem lhe levava algumas refeições. Apurou-se que haveria um sobrinho, que seria a única família da senhora, pelo que o plano seria contactá-lo na tentativa de se conseguir prestar ajuda à mesma. Este não é um caso isolado. Presenciei vários casos de desamparo e pobreza ao longo da minha visita no RJ, não só nas visitas que realizei na favela Morro Azul (pertencente à área da Clínica onde estagiei). Deslocávamo-nos sempre a pé, nunca senti a tão famosa insegurança do Brasil, mas sem dúvida que senti a miséria e a impotência perante tantas situações, das mais chocantes, foram os “moradores de rua” (sem-abrigo) crianças, com problemas de toxicod dependência, tendo presenciado uma ação de uma equipa especial de recolha destas crianças para instituições de onde, sistematicamente, fugiam novamente para a rua...

Conclusões

Haveria mais para contar das duas semanas que passei no RJ. Foi uma experiência única. Permitiu-me conhecer novas realidades, ter novas perspetivas. Impressionou-me a organização, o rápido e exemplar desenvolvimento e formação dos cuidados de saúde primários do RJ. Impressionou-me a proatividade, o desempenho e a dedicação dos residentes de MFC. Foi interessante lidar com tantos problemas, uns comuns e semelhantes aos portugueses, outros com que nunca me tinha deparado, mas com que me poderei deparar no imprevisível futuro. Aprendi muito com o meu tutor, sendo que o facto dele próprio já ter exercido na Europa, permite outro olhar sobre o Brasil. Aprendi com todos os profissionais com que me cruzei e com todos aqueles que precisavam da nossa ajuda. Foi um estágio que me permitiu conhecer um sistema de saúde diferente, jovem, com muito potencial para progredir e melhorar os resultados em saúde do RJ. Pude também conhecer o programa de formação em MFC, do qual saliento a organização e o equilíbrio entre o treino da consulta e a gestão da prática clínica, não descurando a parte da atualização científica e partilha de informação interpares. O dia a dia na clínica foi preenchido, com muitas horas de trabalho. Apesar de em Portugal também trabalharmos várias horas extra, o ritmo na clínica onde estive era alucinante. Isso permitiu-me conhecer a cultura de saúde, num sítio onde, por vezes, a pobreza, a violência, as condições de higiene precárias e as condições sociais de pobreza têm um papel predominante na condição de saúde individual. Sem dúvida, foram duas semanas muito enriquecedoras em termos profissionais, mas também pessoais. Cruzei-me com muitas histórias e pude explorar um pouco a cidade carioca, que bem me acolheu e cuja beleza superou largamente as minhas

expectativas. Para além do enriquecimento e crescimento pessoal, conto usar toda esta experiência para prestar melhores serviços e cuidados como futura médica de família.

Agradecimentos

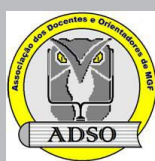
Dr. Michael Thomae (tutor do estágio)
Inaiara Bragante (secretária do PRMFC)
Toda a equipa do Centro Municipal de Saúde Manoel José Ferreira (RJ – Brasil)
Dr^a Marta Marquês (orientadora de formação)

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization and UNICEF. 1978. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR, 6-12th September 1978
2. Estatísticas Demográficas 2017. Editor: Instituto Nacional de Estatística, IP © INE, I.P., Lisboa - Portugal, 2018
3. Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo. SEF
4. População estrangeira com estatuto legal de residente: total e por algumas nacionalidades. Fontes de Dados: INE | SEF/MAI – População Estrangeira com Estatuto Legal de Residente. Fonte: PORDATA. Consultado a 22/04/2019
5. Harzheim E. Reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro - avaliação dos primeiros três anos de clínicas da família. 2013. Available at: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca_em_saude/050_material_saude_livro_reforma_aps_rj.pdf. Accessed May 16; 2019
6. Matta GC, Morosini MVG. Atenção Primária à Saúde. (Dicionário da Educação Profissional em Saúde web site). 2009. Available at: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Accessed May 16; 2019

Conflito de Interesses

Nada a declarar.



Associação dos Docentes e Orientadores de Medicina Geral e Familiar
Número 11 | setembro de 2019