

Anjos da Guarda - Uma Nova Abordagem para Aulas Práticas na Graduação Médica

Guardian Angels - A New Approach to Practical Classes in Medical Graduation

Ricardo Rocha Bastos¹

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica;
- Graduação Médica;
- Anamnese;
- Competência Clínica.

KEY-WORDS

- Education, Medical;
- Medical Graduation;
- Medical History Taking;
- Clinical Competence.

RESUMO

Aulas práticas em enfermarias estão entre as estratégias mais tradicionais para a graduação médica, em que pese o acúmulo de evidências que apontam para uma crescente dissociação entre proficiência nos métodos clínicos e prática médica atual. Este trabalho apresenta a experiência com uma nova ferramenta que utiliza o ambiente do Hospital Universitário, para harmonizar as novas exigências das diretrizes curriculares com o desenvolvimento de habilidades clínicas consagradas no modelo biopsiossocial. É o projeto "Anjos da Guarda", da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

ABSTRACT

In spite of the increasing gap between proficiency in clinical methods and the present medical practice, ward rounds are among the most cherished strategies at medical school. This paper presents the experience with a new tool which, being carried out within the teaching hospital environment, links the new curricular demands to the time-honoured clinical skills of the bio-psyco-social model. It is the "Guardian Angels" project, developed at the Faculdade de Medicina of the Universidade Federal de Juiz de Fora, Brazil.

Recebido em: 28/04/2004

Reencaminhado em: 15/08/2005

Aprovado em: 18/11/2005

¹ Médico, especialista em Medicina Tropical e Higiene pela Universidade de Liverpool. Professor assistente, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

INTRODUÇÃO

Aulas práticas são tradicionalmente reconhecidas como estratégia integrante dos currículos de graduação médica e seu valor, quanto à fixação de experiências, tem sido assinado por parte de muitas autoridades.¹

Podendo acontecer onde quer que a atividade médica se desenrole, é nas enfermarias, entretanto, que gerações de graduandos têm tido a maior parte de sua exposição. A visita às enfermarias, como modalidade de expor o aprendiz seqüencialmente a indivíduos com suas doenças, ainda que possivelmente existente de uma certa forma já no antigo Egito,² alcança uma estrutura bem definida e documentada com os trabalhos de Laennec, no início do século XIX, em Paris.³ Muito valorizada por pioneiros do moderno método clínico ocidental,⁴ alcançou posição definida em nossos currículos,⁵ sendo desejada com ansiedade pelos alunos sequiosos de ingressarem no ciclo profissionalizante.⁶ A disciplina de semiologia médica é historicamente responsável por esse primeiro contato com as enfermarias e, durante minha experiência profissional, tenho observado que a expectativa não é correspondida pela qualidade das atividades desenvolvidas, com os encontros se dando num ambiente de artificialidade em que o que ocorre não guarda muita relação com a verdadeira prática médica. Vivemos o paradoxo em que, por um lado se proclama a relevância da proficiência clínica e, por outro, avolumam-se as evidências de que as habilidades de entrevista⁷ e exame físico⁸ talvez estejam entre as mais precárias da prática médica atual.

Consoante a tendência mundial de uma graduação médica que desenvolva valores profissionais e pessoais, expressos na Declaração de Edimburgo,⁹ as Diretrizes Curriculares Nacionais¹⁰ clamam por uma formação que seja “generalista, humanística, crítica e reflexiva”, enquanto incluem nos seis conteúdos essenciais “...capacidade de realizar história clínica e exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente...”. O Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (PROMED)¹⁰ propõe três eixos a serem contemplados: orientação teórica, abordagem pedagógica, e cenário de práticas, fundamentação que vem sendo seguida pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (FM-UFJF), com a criação de várias ferramentas que contemplam os vetores de priorização temática para as necessidades do SUS,¹¹ educação permanente,^{12,13} e criatividade pedagógica^{12,13}.

O projeto “anjos da guarda”, incorporando os princípios do modelo biopsicossocial,¹⁴ foi criado como alternativa às tradicionais aulas práticas em enfermarias, para atender os ditames deste novo modelo e acompanhar as novas tendên-

cias curriculares. Este trabalho apresenta sua metodologia e os resultados do primeiro ano de aplicação.

MÉTODO

A graduação médica na FM-UFJF é dividida em doze períodos dos quais os três últimos são de internato. Existe um Hospital Universitário (HU), com serviços ambulatoriais, pronto-atendimento, unidade de terapia intensiva e enfermarias de clínica médica, ginecologia, cirurgia e pediatria, onde grande parte das aulas práticas e estágios acontecem.

O projeto tem início quando um preceptor – docente com formação clínica, independentemente de especialidade ou de vinculação departamental – recebe um grupo de alunos de graduação, geralmente entre quinze e vinte, recém-promovidos ao quarto período.

Participam alunos do quarto, quinto, oitavo e nono períodos. Ao ser promovido para o quarto período (disciplina de Semiologia I), cada aluno, chamado então de pupilo, recebe seu “anjo da guarda”, um aluno do oitavo período, voluntário. Essa dupla trabalhará em conjunto por um ano até concluírem o quinto e nono períodos, respectivamente.

No início do período letivo, todas as duplas recebem treinamento em técnicas de entrevista médica, com simulações nas quais o preceptor faz o papel de paciente, e estudo de um vídeo demonstrativo.¹⁵ Paralelamente, há um treinamento, no laboratório de habilidades clínicas (LHC), do exame físico de abordagem (EFA), um conjunto descrito em outro lugar,¹² de manobras para abordagem inicial de um paciente indiferenciado. Após esse período de treinamento, as duplas seguem uma escala de permanência no serviço de pronto atendimento (SPA) do HU-UFJF. Tão logo haja indicação do pessoal do SPA, *staff* e residentes, para admissão de uma pessoa, a dupla assume seu acompanhamento, paralelo ao oficial, feito pelo serviço ao qual o paciente está vinculado, até o momento da alta. Para evitar o viés de seleção, a dupla é orientada a assumar a primeira pessoa admitida, não sendo permitida qualquer escolha quanto a sexo, idade, ou serviço especializado.

Uma vez identificado o paciente, ele é submetido a uma entrevista médica e, a seguir, ao exame físico de abordagem. Os primeiros pacientes são entrevistados e examinados pelo aluno do oitavo período, enquanto o do quarto fica como observador. Com o passar do tempo, o aluno do quarto período vai assumindo responsabilidades crescentes na abordagem do paciente. Se a história revelar algum aspecto especial, o EFA será enriquecido por manobras adequadas às queixas levantadas. Tais manobras fazem parte do EFA em situações especiais¹⁶ e também são disponibilizadas e treinadas no LHC, podendo ainda ser encontradas no *site* www.cursofreeway.com.br.

Os alunos são então orientados a elaborarem seus diagnósticos de trabalho – sindrômicos sempre que possível – e a listarem as investigações que julgarem pertinentes.

Ao menos uma vez por semana, há uma visita do preceptor à enfermaria. Um dos alunos secretaria as visitas, providenciando a pauta dos pacientes do dia e a seqüência das duplas que entrarão como observadoras nos quartos. Todas as duplas participam da discussão geral, mas só a dupla envolvida com o paciente em questão tem acesso à beira do leito naquela apresentação específica, tolerando-se mais duas duplas dentro do quarto, como observadores. Todos, inclusive o preceptor, devem estar devidamente uniformizados – roupas brancas com crachá de identificação – conforme parece ser a preferência dos pacientes.¹⁷ O preceptor recebe informações sobre o paciente, pautadas nos seguintes itens (10 passos):

1. Nome, idade, profissão e procedência.
2. Caminho trilhado no sistema de saúde até a hospitalização e razão para a mesma.
3. História da doença atual (HDA).
4. Outros pontos relevantes da entrevista.
5. Diagnósticos de trabalho com os dados da entrevista.
6. Pontos relevantes do EFA pertinente ao caso.
7. Diagnósticos de trabalho com os dados do exame físico.
8. Sugestão de investigações a serem feitas.
9. Visão que o paciente tem de sua situação.
10. Pauta do que precisa ser aprendido em graduação para que o atendimento a uma pessoa como esta, no futuro, possa se dar de acordo com a melhor iátrica.¹⁸

Durante a apresentação, o preceptor, que está vendo o paciente pela primeira vez, vai elaborando um processo diagnóstico, dando aos alunos a chance de verem o julgamento clínico sendo estruturado. A visita se encerra com tarefas propostas à dupla, que sempre envolvem o desenvolvimento de uma habilidade clínica como, por exemplo, o treinamento de uma resposta empática, uma ausculta respiratória, a interpretação de uma tomografia encefálica ou o preenchimento de uma declaração de óbito. Tais habilidades geralmente são treinadas nas oficinas diagnósticas (OD).¹³ Se a hospitalização se prolongar, toda semana, durante as visitas, os alunos atualizam o preceptor sobre as intercorrências e evolução. Se o paciente já tiver tido alta, no momento da visita, mesmo assim acontece a discussão, dentro do que for factível. Quando cada apresentação de beira de leito é encerrada, todas as duplas se encontram com o preceptor, fora dos quartos da enfermaria, para uma discussão geral do que mais pertinente tiver sido levantado.

Se for necessário para a compreensão do trajeto seguido pelo paciente, acontece uma visita da dupla a alguma unida-

de de nível primário ou secundário do sistema, uma prática que já se mostrou de grande utilidade na formação de uma atitude reflexiva.²⁰

Quando pertinente, a alta é acompanhada por uma visita domiciliar de seguimento. O ciclo se encerra quando a dupla apresenta seu relatório escrito, ao preceptor. Os alunos são então novamente designados para o SPA, para acompanhamento de um novo paciente.

Ao final de cada período, há uma avaliação, portanto duas, no final de um ano. Nessa avaliação, a mesma seqüência de procedimentos das visitas é usada, e o aluno recebe uma menção: E (insuficiente, compatível com menos de 50% de aproveitamento), D (recuperação, com aproveitamento entre 50 e 59%), C (aprovação, com resultado entre 60 e 69%), B (aprovação com crédito, com resultado entre 70 e 79%) e A (aprovação com distinção, com resultado igual ou superior a 80%). Para a menção, são levados em conta: a avaliação da dupla durante todo o período, que é feita pelo preceptor e vale 60% do total, o desempenho da dupla na visita de final de período, que corresponde a 20% do total, e a avaliação de cada aluno por seu parceiro, os restantes 20% do total.

A avaliação da dupla, durante o período, contempla: frequência, apresentação oral dos casos, redação dos relatórios, compromisso, empatia, e apresentação pessoal com valor de 10 pontos cada item, totalizando 60.

O desempenho da dupla na visita de final de período recebe uma nota global que pode ser: 0, 5, 10, 15 ou 20.

A avaliação de cada aluno por seu parceiro, cuja nota máxima será 20, é feita seguindo as seguintes assertivas, cada uma valendo de 5 a 1, de acordo com as opções propostas:

1. Durante este período, meu parceiro foi pontual: sempre; na maioria das vezes; às vezes; quase nunca; nunca.
2. Nas minhas necessidades quanto à compreensão do que estava acontecendo com nosso paciente, meu parceiro foi: sempre útil; na maioria das vezes útil; às vezes útil; quase nunca útil; nunca útil.
3. Nas dificuldades que tive para cumprir todas as metas do projeto, pude contar com o apoio de meu parceiro: sempre; na maioria das vezes; às vezes; quase nunca; nunca.
4. Se tivesse que escolher um colega com quem trabalhar, na vida profissional, meu parceiro: seria escolhido sem reservas; seria escolhido com poucas reservas; seria escolhido após todas as minhas reservas terem sido discutidas; só seria escolhido se não houvesse outra pessoa disponível; nunca seria meu escolhido.

RESULTADOS

O módulo inicial aconteceu durante o ano letivo de 2001, envolvendo trinta alunos – quinze duplas – e um preceptor (RRB), relação acima do ideal, mas inevitável face à estratégia de implantação. Um total de noventa pacientes foram acompanhados nas enfermarias de pediatria, clínica médica, ginecologia e cirurgia – cerca de seis pacientes/dupla/ano. Houve duas visitas semanais, com acompanhamento do preceptor, às enfermarias, cada uma com duração em torno de duas horas.

A habilidade de exame físico, necessidade sentida durante o acompanhamento dos pacientes, foi treinada com a criação de um total de 23 laboratórios, cada um priorizando manobras do exame físico face a uma queixa (ou suspeita) predominante. Procurando reproduzir os desafios efetivamente presentes na prática médica, cada laboratório recebeu um título específico, a saber:

- Exame físico de abordagem – o tronco principal.¹² Sequência a ser empregada em todos os pacientes.
- Descoberta cárdio-vascular. Procedimentos passo-a-passo para a descoberta dos achados mais relevantes em patologia cardiovascular.
- Descoberta respiratória. Procedimentos passo-a-passo para a descoberta dos achados mais relevantes em patologia respiratória.
- Será que este paciente tem abdome agudo? Manobras que visam responder a esta pergunta.
- Será que este paciente tem anemia? Manobras que se impõem sempre que esta questão é proposta.
- O paciente icterico. Manobras de exame físico obrigatórias em todo paciente com icterícia.
- Fatores de risco cárdio-vascular. Manobras em todo paciente em que se quer identificar a presença de tais fatores.
- Será que este paciente tem insuficiência cardíaca? Manobras que respondem a esta pergunta.
- Será que este paciente está tendo um infarto agudo do miocárdio? Manobras essenciais num contexto de uma pessoa com dor torácica aguda.
- O paciente que sibila. Manobras que permitem o diagnóstico diferencial desta condição.
- O paciente gripado. O que examinar numa pessoa que se apresenta com infecção aguda de vias aéreas.
- O paciente neurológico. Sequência a ser aplicada sempre que o comprometimento neurológico for uma possibilidade.
- Será que este paciente está tendo um acidente vascular encefálico? O essencial do exame físico nesta circunstância, para embasamento da tomada de decisão.

- Será que este paciente tem parkinsonismo. O essencial do exame físico para responder a esta pergunta de significado e consequência tão importantes.
- O paciente tonto. Sequência a ser aplicada em toda pessoa que se queixa de tonteira, com vistas ao diagnóstico diferencial.
- O paciente confuso. Abordagem do paciente que nos parece confuso em suas informações, como subsídio ao diferencial das demências.
- O paciente com febre. O que priorizar no exame físico de uma pessoa com esta condição.
- O paciente com cérvico-braquialgia. Pontos essenciais do exame físico de quem apresenta esta queixa.
- O paciente com lombalgia. Pontos essenciais para o diagnóstico diferencial desta condição tão comum.
- O paciente com úlcera crônica de perna. Abordagem para o diagnóstico da etiologia.
- O paciente que se coça. Manobras do exame físico frente a esta condição.
- Exame do fundo de olho. Manobras, passo-a-passo, que ensinam os fundamentos desta habilidade.
- Será que este paciente tem lesão por esforço repetitivo. Pontos essenciais do exame físico em toda pessoa com esta consideração.

Sempre que houve necessidade de um conhecimento teórico de embasamento, os alunos foram dirigidos às OD,¹³ das quais dezenove foram criadas, a saber: anticoagulação; artropatias; anemia; medicina baseada em evidências – dimensão diagnóstica; entomologia médica; ofidismo; distúrbios de ansiedade e transtornos do humor; ausculta cardíaca I; ausculta cardíaca II; ausculta respiratória; ECG; radiografia de tórax; neuroimagem; equilíbrio ácido-básico; exame de urina tipo I; declaração de óbito; o paciente confuso; úlceras cutâneas; abordagem integrada das doenças prevalentes na infância.²¹ As necessidades de criação de LHC e OD específicas fizeram com que outros docentes fossem envolvidos em sua preparação da qual já participaram, até o momento, profissionais das áreas de nefrologia, medicina legal, endocrinologia, psiquiatria e dermatologia.

DISCUSSÃO

O exercício da medicina pode ser analisado sobre o tripé: conhecimento factual, capacidade de solucionar problemas e arte médica (iátrica).¹⁸ Os currículos costumam privilegiar a aquisição de conhecimentos factuais, rapidamente ultrapassados e ainda mais rapidamente esquecidos.²² Mesmo quando os alunos são levados à tão sonhada enfermaria, as ações

pedagógicas costumam negligenciar totalmente o fato de que se está frente a uma situação ímpar para o desenvolvimento de habilidades e atitudes, acima de tudo aquelas que compõem nossa arte.

Aulas práticas em enfermarias costumam seguir um padrão formal que, de regra, vai em sentido contrário ao que efetivamente ocorre durante a prática profissional: o preceptor “escolhe” o paciente, geralmente em função do ineditismo ou complexidade do “caso”; o paciente “pertence” a um serviço especializado, já tendo suas opções diagnósticas limitadas àquelas da especialidade em questão; o preceptor já está ciente da patologia final ou, ao menos, da linha de investigação seguida; a discussão se centra no diagnóstico diferencial e não na coleta de dados; o paciente é ignorado quanto a seus pontos de vista. Tudo isso pode servir como vitrine de erudição docente, mas peca, principalmente por não levar em conta o método clínico que, afinal, é o que se deseja ensinar. O paciente indiferenciado, que traz consigo sua queixa e sua história, assim como sua escala de valores para interpretá-las, ainda não rotulado por nenhuma especialidade ou entidade nosológica, parece-me o ideal para que o graduando se adestre no método clínico. A escolha sem viés permite que sejam vistos pacientes de qualquer idade e portadores de qualquer patologia, o que abre, em muito, o leque de oportunidades de aprendizado.

O trabalho em duplas diminui a ansiedade natural do iniciante, reforça o vínculo entre os períodos, aumenta o respeito por uma hierarquia natural, e dá, ao “anjo”, a oportunidade de questionar seu próprio saber, uma vez que há um colega sob sua orientação. O prazo de um ano, em que a dupla atua em conjunto, consolida bons atributos de convivência como tolerância, confiança, partilha e responsabilidade.

O acompanhamento do paciente, durante toda a internação, dá oportunidade para que as duplas possam assistir a todos os procedimentos a que o paciente é submetido, numa experiência rica e que tem sido extremamente valorizada pelos alunos.

Durante as apresentações, as visitas às enfermarias, a dupla apresenta o paciente ao preceptor que, por não ter conhecimento prévio sobre o caso, necessita basear-se nas informações prestadas pelos alunos para ir, passo a passo, construindo o processo diagnóstico. É notável observar como os alunos valorizam essa etapa, principalmente por perceberem que o sucesso do diagnóstico dependerá, em muito, da qualidade dos dados que tiverem colhido.

Nome, idade, profissão e procedência constituem a introdução social do paciente ao preceptor: “Sra. X, gostaria de lhe apresentar meu professor... A Sra. X, de...anos, com tal profissão, vive em... e é natural de...” e, associados ao motivo

de internação e à história do caminho traçado no sistema, servem para que o preceptor sugira uma primeira reflexão. São típicos: “O que faz, então, com que uma criança de dois anos, com quadro inicialmente compatível com diarreia aguda, acabe internada?” “Por quê uma costureira até então sadia, que está vivendo com sua família numa comunidade, tem um quadro respiratório infeccioso a exigir internação?” “Por quê um lavrador em bom estado geral precisa ser hospitalizado para se submeter a uma biópsia de lesão de pele?” Essa etapa inicial serve, fundamentalmente, para que o preceptor consiga aquiescência do paciente para prosseguir e, avaliando o nível sócio-econômico do mesmo, possa adequar o tom das demais etapas. Há, aqui, ênfase no entendimento de uma biografia que sofre um corte de tal monta que a pessoa acaba se vendo internada. Os fatores que interferem com o desvio do estado de saúde daquele ser em particular agora têm toda proeminência.

A HDA e demais dados pertinentes de entrevista permitem uma análise e, quando necessário, uma demonstração dos bons atributos de respeito, sinceridade, empatia, objetividade e precisão.⁷

A elaboração dos diagnósticos de trabalho, feita a seguir, sugere os “ramos ou galhos” específicos a serem adicionados àquele EFA em particular. Os alunos dizem: “...à luz de nossas hipóteses, procedemos ao EFA com galhos para o exame do paciente com fatores de risco vascular”, por exemplo. Todos já sabem do que se trata, pois as manobras são listadas e treinadas no LHC e só os achados pertinentes são relatados. Aproveita-se a oportunidade para tirar dúvidas sobre as técnicas ou verificar algumas interpretações.

A renovação da lista de hipóteses diagnósticas à luz dos novos dados do EFA leva às sugestões de investigações complementares. Se alguma das investigações sugeridas já foi efetivamente realizada, o preceptor lidera a dupla numa discussão desses novos achados.

A visão que o paciente tem de seu problema, o próximo dado a ser apresentado, é o resultado da abordagem que os alunos fizeram quanto aos seguintes pontos²³: quem é o paciente? (que pessoa é esta?); o que esta pessoa quer dos médicos?; qual tem sido a experiência desta pessoa com sua doença? (limitações, mudanças no padrão de vida); qual a percepção que esta pessoa tem de sua doença?; que respostas emocionais esta doença desencadeou nesta pessoa? (medo, desconfiança, raiva, tristeza, hostilidade, ambivalência...). O objetivo aqui é envolver o indivíduo mais ativamente na discussão de seus problemas, ao mesmo tempo em que os alunos são forçados a uma abordagem que leva em conta também o aspecto comportamental²⁴, inclusive com sua dimensão religiosa.

A discussão do caso se encerra quando o preceptor ajuda a dupla de alunos na elaboração de uma pauta de estudos que responda à pergunta: “O que devo aprender para que, no futuro, possa atender com mais resolutividade uma pessoa assim?” Esta pauta deverá ser completada em tempo hábil e, geralmente, envolve novas visitas ao LHC, às OD e à biblioteca para leitura das referências desencadeadas pelas duas primeiras ferramentas. É digno de nota que, com frequência, são levantadas necessidades de aprendizado que simplesmente não são contempladas pelas atividades curriculares. Nesse caso, os alunos são orientados a, sob supervisão da coordenação de curso, procurar os docentes tradicionalmente detentores do saber em questão para, apresentando suas necessidades de aprendizado, solicitar a criação de atividades didáticas apropriadas. Tal atitude tem sido um dos fundamentos de uma metodologia de avaliação de curso, por mim proposta, os Módulos de Exercício Profissional (MEP), a ser publicada.

Em que pesem a grande aceitação que este método tem encontrado junto aos alunos, e minha impressão de que estamos conseguindo transmitir atitudes, muito mais que simples conhecimentos factuais, existem diversas dificuldades.

Embora a atitude dos pacientes frente à discussão de seus casos à beira do leito seja geralmente positiva, em algumas situações pode haver desenvolvimento de hostilidade quanto à equipe de visitantes, situação mais provável quanto maior o número de pessoas presentes simultaneamente dentro da enfermaria. Entretanto, todo o cuidado é tomado para se evitar que o paciente se sinta exposto, e porque a dupla responsável já estabeleceu um vínculo de confiança, os encontros acabam se tornando experiências muito positivas. Qualquer item que possa causar desconforto só será discutido num ambiente reservado.

O fato de se tratar de um paciente desconhecido para o preceptor, coloca em xeque suas habilidades diagnósticas, destruindo a “courage protetora” representada por um paciente previamente conhecido de especialidade bem definida e, geralmente, com diagnóstico cujos fatos são de amplo domínio por parte do docente. Isso dificulta o recrutamento de novos professores que, mais do que nunca, precisam agir como educadores e não como repositórios de saber, aceitando que suas próprias dificuldades podem ser inesquecíveis exemplos didáticos.

O paciente indiferenciado é um desafio também para o estudante que, ainda arraigado à compartimentalização do saber e, principalmente a uma atitude passiva – e o vestibular tradicional reforça esta mensagem – pode-se intimidar com a variedade de conhecimentos escolhidos para sua pauta de aprendizado, que é o último item da apresentação, e a atitude ativa necessária para sua aquisição.

Como o método privilegia modalidades ativas de aprendizado, como a busca de conhecimento em LHC, OD e pesquisa bibliográfica, há um conflito com a metodologia tradicional que corre paralelamente nas demais disciplinas e que vê o aluno como recipiente passivo de informações meramente factuais. Alguns alunos se perdem com este conflito e podem desenvolver hostilidade às novas propostas.

A necessidade de aprendizado que nasce da abordagem dos pacientes leva, muitas vezes, a confrontos com os docentes detentores do saber em questão o que, se por um lado é saudável para a postura discente ativa e para o repensar pedagógico permanente, por outro lado pode ser motivo de desconforto entre pares.

O projeto “anjos da guarda”, uma alternativa factível às tradicionais aulas práticas em enfermarias, desperta a necessidade de aprendizado, torna o aluno um parceiro ativo do processo, desenvolve as habilidades básicas de entrevista, exame físico e apresentação de casos clínicos,²⁶ integra períodos, identifica necessidades pedagógicas, e contempla a abrangência desejável na abordagem dentro do modelo biopsicossocial e consoante às novas diretrizes curriculares para a graduação médica. Com originalidade, combina o melhor da medicina baseada em evidências com a tradição do relato clínico, uma prática que, embora reconhecidamente útil, tem sido cada vez menos enfatizada.²⁷ Acima de tudo, resgata o prazer de se ter uma pessoa com suas “dores e crenças” como motivação para o processo ensino-aprendizado de nossos mais caros valores clínicos: gentileza, comunicação, ética e profissionalismo.²⁸ O desenvolvimento desta metodologia pretende otimizar um cenário de práticas, as enfermarias que, embora adquirindo uma importância muito limitada de acordo com os novos rumos do ensino médico, existe e exerce um papel simbólico muito forte sobre os discentes. Uma familiaridade bem embasada com o ambiente de uma enfermaria é um pré-requisito importante para um desempenho adequado em qualquer programa de residência. Pretendemos estender o projeto a todos os cento e sessenta alunos dos períodos envolvidos, quando precisaremos, então, de oito preceptores no total. A motivação e o convencimento dos colegas são nossos próximos desafios.

REFERÊNCIAS

1. Brawarsky S. Street neurologist with a sense of wonder. *Lancet*. 1997; 350: 1092-3.
2. Nunn JF. *Ancient Egyptian Medicine*. London: British Museum Press; 1996.
3. Nuland SB. *Doctors – The Biography of Medicine*. New York: Vintage; 1995.

4. Marino Jr R, Osler – O Moderno Hipócrates. São Paulo: CLR Balieiro; 1999.
5. Santos JB, Pires LL, Silva AE, Castro CN. Reflexões sobre o ensino da semiologia médica. *Rev Bras Educ Méd.* 2003; 27: 147-152.
6. Sayd JD, Silva DA, Ribeiro MPD. O aprendizado de semiologia em um currículo tradicional. *Rev Bas Educ Méd.* 2003;27:104-113.
7. Coulehan JL, Block MR. *The Medical Interview – Mastering Skills for Clinical Practice.* New York: Davis; 1997.
8. Mangione S, Nieman LZ. Cardiac auscultatory skills of internal medicine and family practice trainees – a comparison of diagnostic proficiency. *JAMA.* 1997;278:717-722.
9. The Edinburgh Declaration. *Lancet.* 1988; 332: 464.
10. Diretrizes Curriculares. *Boletim ABEM.* set/out/nov/dez 2001; 29 (5).
11. Bastos RR, Chang CV, Pinto EOA, Cunha EB, Siqueira IOC, Siqueira SOC. Decisões Clínicas (uma nova roupagem para o tradicional caso clínico). Congresso Brasileiro de Educação Médica, 38; Set 18-12; Petrópolis (RJ); 2000: 22.
12. Bastos RR, Gomes AJA, Silva ALO, Lima EFG, Ramos JO, Rodrigues JFR, Peregrino LM, Siqueira SOC. Exame Físico de Abordagem (semiologia baseada em evidências). Congresso Brasileiro de Educação Médica, 38; Set 18-12; Petrópolis (RJ); 2000: 101.
13. Bastos RR, Oliveira AL, Saraiva CTJ, Oliveira DS, Barbosa Júnior ER, Siqueira IOC, Gasbarro RMG, Ferreira VM. Oficinas Diagnósticas. Congresso Brasileiro de Educação Médica, 38; Set 18-12; Petrópolis (RJ); 2000: 33.
14. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977; 196: 129-36.
15. Bastos RR, Dias APV, Gomes AJA, Pinto EJOA, Barbosa ER, Rabelo FT, Silveira SP, Lopes WS. Entrevista Médica (uma abordagem em vídeo). Congresso Brasileiro de Educação Médica, 38; Set 18-12; Petrópolis (RJ); 2000: 49.
16. Bastos RR. Da enfermaria à sala de aula – Como Nasceram as Ferramentas. *Rev Méd de Minas Gerais.* 2003; 13: 199-207.
17. Menaheem S, Shvartzman P. Is our appearance important to our patients? *Family Practice* 1998;15: 391-397.
18. Londres IR. *Iátrica – A Arte Clínica.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1997.
19. Feinstein AR. Clinical Judgement Revisited: The distraction of quantitative models. *Ann Intern Med.* 1994; 120: 799-805.
20. Bastos RR, Maia FS, Pereira FF, Ramos JO, Rios JFS, Pernambuco JM, Rodrigues FFR. Nem só de falta de recursos padece o SUS (uma crítica à tomada de decisões clínicas). *HU Revista.* 1999; 25: 87-91.
21. Gove S. Integrated management of childhood illness by outpatient health workers: technical basis and overview. *Bulletin of the World Health Organization.* 1997; 75 (Suppl. 1): 7-24.
22. Barrows HS, Tamblyn RM. *Problem-Based Learning – An approach to medical education.* New York: Springer; 1980.
23. Platt FW, Gaspar DL. “Tell me about yourself”: The Patient-Centered Interview. *Ann Intern Med.* 2001;134: 1079-85.
24. Wedding D. *Behavior & Medicine.* Seattle (US): Hogrefe & Huber, 2001.
25. Lehmann LS, Brancati FL, Chen M-C, Roter D, Dobs AS. The effect of bedside case presentations on patient’s perceptions of their medical care. *N Engl J Med.* 1997; 336: 1150-5.
26. Donnely WJ. The language of medical case histories. *Ann Intern Med.* 1997; 127: 1045-8.
27. Borgstein J. The end of the clinical anecdote. *Lancet.* 1999; 354: 2151-2.
28. LaCombe MA. On bedside teaching. *Ann Intern Med* 1997;126:217-220.

Endereço para correspondência

Ricardo Rocha Bastos
Avenida Independência 605/603
36010-020 – Juiz de Fora – Minas Gerais
e-mail: ricardo@cursofreeway.com.br