

12 – Módulo

psicologia médica e semiologia integrada

Mario Alfredo De Marco
Ana Cecília Lucchese
Cíntia Camargo Dias

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

DE MARCO, MA., LUCCHESI, AC., and DIAS, CC. Módulo: psicologia médica e semiologia integrada. In PUCCINI, RF., SAMPAIO, LO., and BATISTA, NA., orgs. *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social* [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. pp. 263-288. ISBN 978-85-61673-66-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Módulo: Psicologia Médica e Semiologia Integrada

Mario Alfredo De Marco,
Ana Cecília Lucchese e Cíntia Camargo Dias

INTRODUÇÃO

DIVERSOS ESTUDOS têm abordado a questão da dissociação e da fragmentação dos programas de ensino em medicina (Jones *et al.*, 2001; Bulcão, 2004; Komatsu, 2002; Aguiar, 2004). Visando à superação dessa situação, surgem propostas de reformulação curricular que buscam, dentre outras inovações, a antecipação da exposição dos alunos a cenários da prática profissional, recebendo um grande impulso a partir da edição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN, 2001) e, posteriormente, com os programas de incentivo a mudanças curriculares – Promed e Pró-Saúde. Quanto à questão da fragmentação, muitos esforços têm sido realizados para enfrentar a difícil situação dos currículos.

Em nossa Instituição, no campo da Semiologia, era observado o seguinte quadro: o programa de psicologia médica que ocorria no primeiro e no segundo ano do curso buscava colocar o aluno em con-

tato com conhecimentos e treinamento, visando capacitá-lo a perceber, valorizar e manejar, nas entrevistas com os pacientes, os aspectos psicossociais, a relação e a comunicação. Dentro dessa perspectiva era enfatizada a importância de uma visão processual do adoecer em contraposição a uma perspectiva orientada para a doença. Paradoxalmente, nos anos posteriores, quando recebia treinamento nas clínicas específicas, o aluno se defrontava com uma visão e uma prática focalizada na doença e basicamente nos aspectos físicos.

Esta era uma observação que os próprios alunos reiteradamente realizavam e comunicavam nas próprias aulas ou de maneira informal em nossos contatos. Em nossas aulas, particularmente no 2º ano, ao observar os colegas mais velhos que já não valorizavam os aspectos psicossociais, nem o vínculo e a comunicação, os alunos preocupavam-se em saber se iam conseguir preservar esta visão ou se estavam também condenados a perdê-la ao longo do curso. Eles manifestavam apreensão e curiosidade em saber como e quando ocorria essa perda de contato.

Por vezes, as comunicações dos alunos assumiam um contorno dramático, como no caso de uma aluna que, já cursando o terceiro ano, veio nos procurar para relatar um episódio que a deixou bastante angustiada: numa enfermaria, um professor orientou um grupo de alunos para a ausculta de um sopro cardíaco numa paciente, uma senhora idosa em estado semi-comatoso. Ela foi examinada por uma dezena de alunos e, segundo o relato, alunos e professor iam revirando a paciente de um lado a outro para possibilitar e facilitar a ausculta. A paciente, com contato bastante reduzido em função de sua situação clínica, apenas emitia alguns gemidos e contraía o rosto. O espanto e sofrimento da aluna foi amplificado pela visão dos seus colegas totalmente envolvidos no procedimento e sem nenhuma percepção ou consideração com a situação da paciente. A grande aflição e, sobretudo, o grande espanto era perceber que estava sozinha em sua preocupação com a paciente, chocada com a rapidez com que se instalara essa deterioração do contato entre seus colegas.

A intenção de uma integração dos programas e um equacionamento destas distorções sempre esteve na pauta como uma das nossas grandes preocupações, encontrando, mais recentemente, terreno e condições favoráveis para uma implementação mais efetiva. A oportunidade surgiu a partir do processo de avaliação do Currículo Nuclear, em 2001, que detectou as dificuldades de integração, e da elaboração do Promed, em 2002, que propunha a criação de quatro novas unidades curriculares e aprimoramento de duas outras (nas duas primeiras séries do curso), visando à implementação do eixo de Aproximação à Prática Médica com finalidade de uma antecipação do contato dos alunos de Medicina com diferentes práticas e cenários de prática.

Uma característica importante na estruturação desses módulos foi a preocupação de envolver, numa prática conjunta, professores de diferentes áreas, disciplinas e profissionais de saúde externos à instituição de ensino. Assim, por exemplo, na experiência do módulo Observação de práticas médicas (descrita neste livro) foi criada a oportunidade de um grupo de professores de diferentes áreas e disciplinas discutirem a prática com um grupo de alunos. Nunca, anteriormente, na história da instituição, ocorreu uma experiência que conseguiu colocar lado a lado numa atividade prática de ensino um número e uma variedade de professores deste porte, pois para cada grupo de trinta alunos trabalhavam, lado a lado, em torno de oito professores das mais diferentes áreas.

É difícil avaliar que fatores e condições favoreceram esta realização, mas seguramente houve a conjugação de um processo de amadurecimento com a habilidade do corpo diretivo em criar e aproveitar uma oportunidade.

Falamos em processo de amadurecimento, pois o intenso envolvimento e participação dos professores sugeriam a existência de uma demanda represada.

O módulo de Semiologia integrada (o último módulo do eixo Aproximação à Prática Médica, que acontece no 2º semestre do 2º ano da graduação) surge como parte deste movimento e esperamos que ao

longo do texto possamos transmitir a experiência que tivemos no que tange à profundidade das repercussões que o trabalho conjunto dos professores provoca nos alunos e nos próprios professores.

A PSICOLOGIA MÉDICA

O termo psicologia médica foi introduzido na metade do século XIX por Ernst Freiherr von Feuchtersleben (1806-1849). São de sua lavra, também, os termos psicose, psicopatologia e psiquiatria.

Psiquiatra e homem de letras, o barão Feuchtersleben preconizava que o conhecimento das relações entre a mente e o corpo é indispensável não somente para aqueles que praticam a Psiquiatria, mas para todos os médicos em geral e que a Psicologia Médica deveria ser uma forma de psicologia cuidadosamente planejada para os propósitos médicos, sendo sua finalidade o treinamento das aptidões psicológicas dos médicos, independente da sua especialização. Na Europa, já no século XIX, tivemos a introdução da psicologia médica no currículo. Na Prússia (entre 1825 e 1861) o ensino de psicologia médica era tema obrigatório no treinamento médico. Contudo, esta situação não perdurou e uma reinserção mais consistente da matéria nos currículos ocorreu só muito recentemente.

A reintrodução se dará de forma progressiva: na França, em 1918 Maurice de Fleury (1860-1936), especialista em Psiquiatria e Criminologia, publica o importante tratado *Introduction a la Médecine de L'Esprit* e insiste na necessidade de inclusão da psicologia médica como disciplina regular do Curso Médico. Na mesma época, na Alemanha, Ernest Kretschmer (1888-1964) lança o *Tratado de Psicologia Médica*, que teria uma enorme influência, impulsionando sobremaneira o estudo e desenvolvimento da matéria.

Kretschmer entendia que o estudo da psicologia tem um interesse óbvio para o psiquiatra, mas que seria necessário conscientizar os médicos que esse interesse deve ser estendido para a medicina em geral.

Nos Estados Unidos, em 1911, John Broadus Watson (1878-1958) considerado o fundador do movimento behaviorista na América e Shepard Ivory Franz (1874-1933) propuseram que o ensino de psicologia era tão essencial para o ensino dos estudantes de medicina quanto a anatomia, farmacologia, cirurgia e outras ciências básicas e clínicas. Em 1957, a University of Oregon Medical School foi a primeira escola médica a criar um departamento de psicologia médica.

Por outro lado, Freud, em 1919, chamava a atenção para os cursos que começavam a ser incorporados ao ensino médico demonstrando preocupação de que seu conteúdo e objetivo acabassem limitados à psicologia acadêmica fundada em modelos da psicologia experimental, tornando-se insuficiente para atender seu propósito de conduzir os estudantes à compreensão dos problemas humanos em geral e aqueles de seus futuros pacientes (De Marco, 2003).

DEFINIÇÃO DO CAMPO

Jeammet (1982), considera

[...] a psicologia médica como a parte da medicina encarregada de informar e formar o médico para melhor realizar seu trabalho em geral, proporcionando-lhes uma conceitualização ampla do contexto psicobiológico e psicossocial da saúde e da enfermidade e facilitando-lhes o desenvolvimento de suas habilidades de interação interpessoal.

Uma vez que todo ato médico implica o homem em sua totalidade, o impacto psicológico produzido dependerá profundamente da personalidade dos participantes e da qualidade de sua interação.

Neste sentido, em função do entorpecimento produzido, simultaneamente, pelas experiências burocráticas e pela progressiva tecnificação, a medicina toda necessita de uma revisão profunda que,

sem perder nenhum de seus avanços, cumpra sua vocação de ciência centrada no ser humano. Para tanto, é necessária uma atualização dos conceitos de enfermidade, enfermo, médico e do contexto em que tem lugar a interação.

Para Schneider (1986), a relação médico/paciente seria o objeto privilegiado da psicologia médica, incluindo um conjunto de conhecimentos que toma corpo e desemboca em uma prática centrada no homem enfermo, suas reações à enfermidade e a relação psicológica com seu médico.

A psicologia médica pretende instrumentalizar o aluno com conhecimentos psicológicos para que o futuro médico possa compreender melhor o paciente a quem trata, os aspectos psíquicos deste paciente que estarão presentes em qualquer que seja sua afecção, as considerações teóricas e a etiologia da enfermidade.

A psicologia médica se interessa pelas reações psicológicas de todo enfermo acometido por uma ou outra afecção e, sobretudo, tende a fornecer ao clínico, ou a qualquer especialista, esclarecimentos quanto ao que ocorre entre ele e seu paciente.

A PSICOLOGIA MÉDICA NO BRASIL

No Brasil, a psicologia médica aparece como curso pela primeira vez em 1956, na Faculdade de Ribeirão Preto e na Escola Paulista de Medicina (EPM).

Contudo, é somente na década de 1960 que os programas de psicologia médica serão implantados de forma mais ampla e efetiva, propagando-se significativamente e atingindo atualmente quase uma universalização.

Pesquisa desenvolvida em 1981 por Giglio (1983) indicou que 73% das escolas médicas que responderam a seu questionário mantinham um curso de Psicologia Médica.

Botega (1994), em levantamento realizado através de uma enquete postal, verificou que 93% das respostas (73% das 78 escolas de medicina consultadas responderam o questionário) foram positivas quanto à existência da disciplina no currículo, sendo que a carga horária variava entre trinta e trezentas horas (média de 95 horas). A disciplina, geralmente, estava sendo oferecida nos três primeiros anos do curso, sendo em doze escolas no 1º ano. O referencial teórico predominante era psicodinâmico e a equipe docente formada majoritariamente por psiquiatras.

A PSICOLOGIA MÉDICA NA UNIFESP

A disciplina de Psicologia Médica integra o currículo médico da EPM desde 1956. Era ministrada no 3º ano do Curso Médico na forma de aulas teóricas expositivas, para toda a classe (De Marco, 2006).

Gradativamente foram feitas modificações, com a introdução de atividades práticas, nas quais os alunos faziam entrevistas com indivíduos em várias etapas da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos), tanto em situações de saúde como de doença. A partir de 1986, a disciplina de Psicologia Médica passou a integrar o currículo nos três primeiros anos, dentro de uma nova concepção que desloca a ênfase da informação para a formação, privilegiando a experiência e as vivências. O trabalho passou a ser realizado primordialmente em pequenos grupos (dez a quinze alunos) nos quais ocorrem as discussões e a elaboração das vivências.

Diferentes estratégias de sensibilização são utilizadas: leitura de textos, projeção de filmes, *role-playing* e palestras de profissionais de várias especialidades (Oncologia, Terapia Intensiva entre outras) que discutem com os alunos as experiências emocionais vividas em suas práticas profissionais. A partir de 2000, como parte da reforma curricular iniciada em 1997 com a implantação do Currículo Nuclear, a

disciplina de Psicologia Médica passou a ser incluída no quarto ano na unidade curricular – Atenção Integral à Saúde da Criança e da Mulher – desenvolvida no Centro de Saúde Lívio Amato-Vila Mariana. Vale ressaltar que, desde 1993, durante o estágio de Psiquiatria do Internato (quinto ano), os alunos participam da atividade “grupo de reflexão” que aborda aspectos psicológicos da prática médica, com ênfase nas discussões sobre os fatores gratificantes e estressantes do exercício da Medicina, salientando-se os aspectos ligados aos dilemas éticos e à saúde mental do estudante, do residente e do médico. Esta atividade é realizada uma vez por semana.

O que é importante ressaltar dentro de nossa evolução é que, inicialmente, o curso de Psicologia Médica que ministrávamos se restringia à transmissão teórica de aspectos do desenvolvimento da personalidade, através de aulas semanais expositivas que se estendiam por um semestre.

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

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

para acompanhar os estudantes ao longo de todos os momentos de sua evolução na formação (De Marco, 2006).

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

SITUAÇÃO ATUAL NA UNIFESP

Psicologia Médica – 1º Ano

O programa do curso de Psicologia Médica do 1º ano da graduação foi planejado para que o aluno amplie seus conhecimentos e capacidades para lidar com as pessoas e com as relações. Procuramos alcançar este objetivo através de uma abordagem pluridisciplinar (estudo do objeto através de diferentes perspectivas disciplinares) e interdisciplinar (transferência de métodos de outras disciplinas).

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

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

No modelo biomédico, evidentemente, a capacitação do profissional está dirigida às suas habilidades técnico-instrumentais, enquanto que no modelo biopsicossocial, além destas capacidades, é necessário o reconhecimento e a evolução das capacidades relacionais/comunicacionais. Dentro desse contexto e explicitando nossa adesão ao modelo

biopsicossocial, nosso objetivo neste módulo é favorecer a capacitação destas outras habilidades.

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

“Conhecer pessoas” é o mote do curso, que se propõe a apresentar aos alunos os métodos usados pelas Ciências Humanas e pelas Artes para estudar os seres humanos. A idéia é que os alunos possam conhecer e se interessar pelas diferentes áreas que historicamente têm se dedicado ao conhecimento e equacionamento dos dilemas humanos. Noções básicas de Mitologia, Filosofia, História, Antropologia, Psicologia, Psicanálise, Cinema e Literatura são apresentadas nas aulas e discutidas em pequenos grupos para que os alunos tenham contato com o conhecimento produzido por estas áreas.

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

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

No primeiro dia de aula são apresentados aos alunos os referenciais teóricos do curso e, neste mesmo dia, é solicitado que eles se dividam em grupos de vinte alunos. As aulas seguintes são ministradas nestes pequenos grupos para facilitar um contato mais próximo entre professores e alunos e favorecer que todos os alunos participem das discussões. É solicitado que os alunos, durante a leitura do texto indicado, formulem

perguntas para discutir com a classe e tragam suas dúvidas. As discussões são iniciadas pelo material trazido pelos alunos. Durante as aulas é incentivada uma postura crítica e reflexiva sobre os temas abordados bem como uma ilustração e aplicação às situações e experiências.

Avaliação do curso

Os alunos referem – nas avaliações que fizemos do curso – que aprovam este formato em pequenos grupos, por facilitar que eles possam se colocar melhor e que possam refletir sobre suas diferenças. Um aluno explica assim esta preferência:

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

Perceber o “diferente” não faz parte do “conteúdo objetivo” deste curso, mas é, sem dúvida, um questionamento essencial para um profissional que vai lidar diariamente com pessoas.

Na formação de todo médico deve ser ensinada muita ciência exata e biológica, mas é igualmente importante que os alunos sejam incentivados a levar em consideração os aspectos subjetivos, invisíveis e impalpáveis dos seres humanos e que favorecem uma postura mais empática destes futuros profissionais. É possível que muitos já tenham ouvido falar da “frieza” dos médicos e da necessidade de se manter neutro frente ao turbilhão de emoções a que serão expostos durante sua prática clínica, o que muitos estudos apontam como um resultado da própria formação médica (Nogueira Martins, 2005). Este é talvez um dos maiores desafios da formação numa escola médica: como ensinar a parte exata, os aspectos físicos e objetivos de forma integrada com os aspectos subjetivos? Como aprender a ser um bom médico

sem deixar de ser sensível ao sofrimento do outro? Esta é uma preocupação que os próprios alunos já trazem, como pode ser observado em outro trecho da avaliação de um aluno: “Creio que o curso ajudou acendendo luzes em vários pontos que precisam ser analisados para que eu não me torne o tipo de profissional que hoje eu condeno”.

Na avaliação feita pelos alunos que freqüentaram o curso em 2006, um dos textos lidos recebeu destaque na avaliação do curso: o conto “O Espelho” de Machado de Assis. Ele foi apontado por 60% dos alunos como o texto mais marcante. Uma aluna explicou seu interesse pelo texto: “O texto mais marcante foi ‘O Espelho’ porque, sem dúvida, é o tema no qual muitos de nós pôde se enxergar”.

Há alguns anos, foram criados na Unifesp, dentro dos módulos de Aproximação à prática médica (vide capítulos correspondentes), inúmeros espaços onde os alunos têm a oportunidade de observar o cotidiano de profissionais de saúde e de fazer pequenos procedimentos, já no primeiro ano de graduação. A vivência de “vestir o avental”, sentir a responsabilidade e o poder que os pacientes lhes conferem é um momento muito intenso e que os alunos tiveram oportunidade de debater na discussão deste conto. Numa das classes, um aluno comentou sobre o “poder” de seu avental:

Num dia em que fomos observar o trabalho em uma UBS [no módulo de Aproximação], eu estava chegando – já de avental – e tinham dois pacientes brigando na porta para ver quem entrava primeiro. Ao me verem, eles pararam de brigar e abriram espaço para que eu passasse. Assim que eu passei, eles voltaram a discutir.

O relato deste aluno trazia o espanto de se deparar com tanto poder para “abrir seu caminho”, ao mesmo tempo em que mostrava sua satisfação com todo o respeito que lhe era dirigido.

Assim como este fato relatado, os anos de graduação médica trazem inúmeras vivências intensas aos alunos, que precisam de espaços

de discussão e de suporte para elaborá-las. As discussões abertas das aulas de Psicologia Médica favorecem que estas vivências possam ser ventiladas e que o tema “conhecer pessoas” seja discutido, durante todo o semestre, de diversas maneiras: os alunos observam os outros, observam a si próprios, observam os pacientes. Isto foi apontado por diversos alunos em suas avaliações, como podemos ver neste relato: “O curso foi uma válvula de escape para diversas situações desse ano, como mudanças de cidade, adaptação à faculdade etc. As discussões foram boas e o fato de podermos escolher os grupos foi positivo para podermos nos abrir mais”.

A integração entre os colegas promovida pelas aulas e auto-reflexões também foram elementos marcantes nas avaliações dos alunos, como pode ser observado em vários relatos:

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

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

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

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

Conclusões

Enfim, tomamos emprestadas as palavras dos próprios alunos, para concluir que o curso contribuiu para fazer os alunos se interessarem por “conhecer pessoas” e perceber que esse é um campo muito amplo

e estimulante: “Há muitas coisas e sentimentos atrás dos atos, atitudes e da própria identidade das pessoas”/“Conhecer pessoas é um desafio maior do que imaginávamos e um aprimoramento interminável”.

Psicologia Médica – 2ª Ano

Em continuidade ao trabalho realizado no primeiro ano, o aluno é apresentado a diferentes teorias da personalidade (o mote “conhecer pessoas” agora é abordado tendo como eixo central a perspectiva da psicologia). A intenção é que o aluno possa adquirir conhecimento sobre as características psicológicas das diferentes fases da vida bem como os dilemas e conflitos que podem ser suscitados nas diferentes passagens e transições. Estes conhecimentos serão subsídios importantes para os alunos realizarem as entrevistas com pacientes de diversas clínicas (Pediatria, Clínica Médica, Obstetrícia, Ginecologia e Geriatria) – atividade programada no curso do semestre seguinte, a Semiologia Integrada (vide item a seguir).

Neste semestre é feita uma preparação do aluno para as entrevistas com pacientes: aulas sobre desenvolvimento psicológico acontecem em paralelo com as aulas sobre a entrevista e o fenômeno da comunicação.

Apresentamos aos alunos um roteiro de observação (De Marco, 2006), ocasião onde se discute uma série de tópicos básicos (modelo biomédico *x* modelo biopsicossocial, observação, perspectiva, comunicação e tipos de vínculo – paternalista, mutualista e consumerista).

Modelo biomédico x modelo biopsicossocial

O modelo biomédico é apresentado e discutido dentro do panorama da medicina, cujo discurso, via de regra, apóia suas observações e formulações numa perspectiva que reflete o referencial técnico-instrumental das biociências e exclui o contexto psicossocial dos significados, dos quais uma compreensão plena e adequada dos pa-

cientes e suas doenças depende. O modelo biopsicossocial é proposto como uma alternativa que tem se firmado progressivamente e que proporciona uma visão integral do ser e do adoecer, abordando as dimensões física, psicológica e social. É destacado que esta perspectiva, no plano da formação do médico, coloca a necessidade de que o profissional, além do aprendizado e evolução das habilidades técnico-instrumentais, evolua, também, as capacidades relacionais que permitem o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetiva.

Observação

Discutimos com os alunos o fenômeno da observação, lembrando-os que a observação exige, antes de tudo, *presença* e que esta está diretamente relacionada com a atenção: podemos estar presentes fisicamente, mas se a atenção está ausente, voltada para pensamentos, lembranças etc., isto poderá dificultar a realização de uma observação adequada. Os alunos são estimulados a perceber o quanto todos nós estamos carregados de imagens, resultado de experiências prévias, coloridas pelas nossas fantasias e que, para realizar uma autêntica observação é importante não confundir as imagens com a pessoa real que está à sua frente.

Perspectiva

Através de ilustrações e vivências, o aluno é sensibilizado para a percepção de que a observação e a interpretação do que é observado dependem da perspectiva do observador: não há um ponto de vista absoluto e os grandes desentendimentos que se estabelecem nos relacionamentos são resultado, via de regra, da inobservância da existência de perspectivas diferentes. Discussões com ilustrações de situações que presentificam a importância desse tópico na relação médico/paciente são realizadas.

Comunicação

É evidenciada a importância desses fatores para o estabelecimento de uma comunicação efetiva que requer que os médicos percebam a perspectiva a partir da qual os pacientes estão se expressando, uma vez que estes têm suas próprias crenças sobre seus corpos, saúde e doenças.

É ressaltado que a boa comunicação é um processo de duas vias que requer tanto fala quanto escuta efetiva e que é importante ter presente que a linguagem verbal é uma forma evoluída de comunicação, que funciona lado a lado com outras formas mais primitivas (gestos, expressões corporais etc.) ou de natureza distinta (escrita, pintura, música etc.).

Ilustrações dramatizadas são realizadas para demonstrar a existência e a importância dos canais não-verbais de comunicação.

Tipos de vínculo

É destacada a importância da observação do tipo e da qualidade dos vínculos estabelecidos e as conseqüências que se refletirão na relação profissional. É enfatizado que as características do vínculo podem ter muitas descrições, dependendo da perspectiva adotada e dos aspectos destacados.

São apresentadas algumas classificações mais gerais que agrupam as qualidades do vínculo em categorias. Por exemplo: *vínculo paternalista*, no qual os profissionais de saúde dominam a agenda, objetivos e tomada de decisões a respeito tanto das informações quanto dos serviços. O pressuposto básico é que o profissional de saúde é o guardião, agindo no melhor interesse do paciente, a despeito das preferências deste (este costuma ser o modelo de vínculo mais prevalente); *vínculo mutualista*, no qual existe um balanceamento do poder, respeitadas as peculiaridades de cada papel. Os objetivos, agenda e decisões relacionadas à consulta são resultados de negociação entre parceiros; paciente e profissional de saúde trabalham em associação e o diálogo é o veículo através do qual os valores do paciente são explicitamen-

te articulados e explorados. Através deste processo, o profissional de saúde atua como conselheiro ou orientador; *vínculo consumerista ou consumista*, no qual o modelo mais típico de relação de poder entre profissional de saúde e paciente está invertido. O paciente é quem dita a agenda e os objetivos e assume a responsabilidade pela tomada das decisões. Este tipo de vínculo redefine o encontro como uma transação de mercado.

Auto-observação

É estimulada uma postura que contemple a auto-observação, demonstrando-se a importância e a utilidade dessa atitude: o quanto as impressões, sensações e emoções despertadas pelo contato podem ajudar, quando adequadamente interpretadas, a perceber o que está se passando com a pessoa com a qual se está em contato e qual a natureza do vínculo que está se estabelecendo.

A importância de reconhecer e dar espaço para as emoções que surgem no contato tem uma grande utilidade para ajudar o aluno a aceitá-las, facilitando o contato e evitando o estabelecimento de posturas defensivas: sempre é muito útil enfatizar para os alunos a “normalidade” do surgimento de emoções – por exemplo, que todo contato produz ansiedade, seja em quem está entrevistando, seja em quem está sendo entrevistado – e a importância de que isto seja levado em conta, aceito e observado.

A importância da utilização das emoções despertadas no contato como instrumento para “diagnosticar” e intervir na relação e no campo é um foco privilegiado de nossa atuação que receberá atenção crescente nos módulos subsequentes e ao longo de todo o processo de formação dos nossos estudantes e profissionais.

A utilização do roteiro

Finalmente, é discutida com os alunos a questão da utilização dos roteiros, enfatizando que não existe *uma* forma correta e determinada

de realizar uma entrevista, e a importância de ter seu estilo pessoal, na medida em que a *autenticidade* é um grande facilitador do contato e da comunicação: os roteiros são muito úteis desde que utilizados de acordo com a *preferência e estilo* como guia, e não para escrivizar (mecanizando o processo e prejudicando o contato e a relação).

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

Em 2007 promovemos uma reformulação do curso graças à criação de um laboratório de comunicação, no qual estamos tendo a oportunidade de realizar exercícios com a utilização de material de gravação de imagens que permite a filmagem de diferentes situações de entrevistas protagonizadas tanto pelos alunos quanto pelos professores, facilitando significativamente a observação e o treinamento nas técnicas de comunicação e de entrevistas. A possibilidade de filmar os professores e alunos em diversas dramatizações de entrevistas oferece um material muito rico para uma discussão detalhada de importantes aspectos da comunicação e relação médico-paciente.

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

Neste primeiro ano de experiência, a cada semana um grupo de alunos (são seis grupos de aproximadamente vinte alunos) passou pelo laboratório. Cada grupo passou três vezes, sendo que, em cada passagem, o foco foi dirigido predominantemente para alguns aspectos da comunicação/relação e técnicas de entrevistas:

- 1^a aula laboratório: o foco foi dirigido, preponderantemente, para os aspectos não-verbais da comunicação;
- 2^a aula: fase exploratória da entrevista;
- 3^a aula: fase resolutiva da entrevista.

Estamos em fase de avaliação desta experiência inicial, realizada no primeiro semestre de 2007, que foi muito estimulante, despertando entusiasmo e otimismo com as possibilidades que se descortinam.

Semiologia Integrada

O módulo Semiologia integrada foi inserido no currículo em 2004 como parte do eixo de Aproximação à prática médica. Ocorre no segundo semestre do segundo ano, praticamente no mesmo horário e com a mesma carga de duas horas semanais, que antes era destinado à Psicologia Médica (houve acréscimo de uma carga horária de dez horas no início do módulo, destinada à apresentação, em aula expositiva, das perspectivas semiológicas nas diferentes áreas e ciclos).

O programa ocorre em continuidade ao de Psicologia Médica, ministrado no primeiro semestre, que já proporciona iniciação no treinamento de entrevistas. São mantidas turmas (dezoito-vingte alunos) e coordenador (professor de Psicologia Médica) de cada grupo. Inicialmente, na primeira semana do curso, professores dos diferentes ciclos de vida contemplados pelo curso (Pediatria, Clínica Médica, Obstetrícia, Ginecologia e Geriatria) ministram as aulas de anamnese. Na semana seguinte, os alunos iniciam o programa prático no qual irão realizar entrevistas com pacientes de cada área. Acompanhados pelos professores de Psicologia Médica e pelos professores da área específica, os alunos se dirigem aos cenários (enfermarias, pronto-socorro, ambulatórios) onde irão realizar as entrevistas, acompanhados de perto pelos professores que, além de facilitar a entrada e aproximação ao cenário e aos pacientes, ficam disponíveis para ajuda e esclarecimentos, bem como para acompanhar e observar a realização das entrevistas, procurando detectar aspectos e pontos importantes para serem abordados. Eventualmente, quando considerar apropriado e/ou necessário, o professor poderá demonstrar a técnica de entrevista para os alunos. Após a finalização das entrevistas, alunos e professores se

dirigem à sala onde é realizada a discussão inicial da entrevista. Nesta discussão inicial, são abordados principalmente aspectos levantados pelos alunos, quanto às vivências despertadas e as dificuldades encontradas para a realização da entrevista, bem como aspectos relacionados à pertinência e importância de cada tópico da entrevista. Para a semana seguinte, é solicitado que cada aluno elabore um relatório contemplando os seguintes tópicos: aspectos da entrevista que despertaram sua atenção, dificuldades encontradas para realizar a entrevista, vivências e indagações despertadas pela atividade e articulação da observação com aspectos teóricos e práticos já discutidos. Na semana seguinte, a aula toda é dedicada à discussão em grupo. Os professores já tiveram contato com os relatórios, e estes e as entrevistas são objeto de análise e discussão, abrindo espaço para o aprofundamento da discussão dos aspectos comunicacionais e técnicos da entrevista, bem como a percepção das dificuldades despertadas pelo contato, buscando seu reconhecimento e elaboração, de forma a tentar evitar a instalação de atitudes defensivas e estereotipadas.

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

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

1º relatório

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

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

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

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

2º relatório

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

[...] As maiores dificuldades foram para fazer as perguntas mais delicadas, sobre sexualidade principalmente. Senti que tanto nós alunos, quanto a paciente, ficamos um tanto intimidados, mas perguntamos e ela respondeu com certa tranqüilidade.

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

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

Avaliação do curso

Este formato de curso tem se mostrado adequado, aprovado e efetivo para os alunos. Temos observado nas atitudes dos alunos – seja nas entrevistas, nas discussões em aula ou nos relatórios – um raciocínio

permeado pela integração de aspectos biológicos, psicológicos e sociais do adoecer.

Na avaliação que realizamos com os alunos, pedimos que eles relatassem situações marcantes do curso. Trazemos abaixo alguns relatos que mostram como os alunos puderam estabelecer um contato empático com os pacientes e refletir sobre seus sentimentos:

[...] O evoluir, que iniciou com um certo constrangimento e acanhamento, passou para um contato mais amistoso e natural; ajudou bastante nesta etapa de aquisição de experiência prática.

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

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

Os relatos mostram a experiência e o aprendizado dos alunos, que puderam se aproximar dos pacientes de modo diferente do usualmente apresentado numa escola médica: o foco não era apenas a doença e sim a pessoa doente. Quando perguntamos se o curso havia contribuído para a evolução das habilidades, também obtivemos respostas muito interessantes. Seguem algumas:

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

[...] O curso contribuiu. O contato entre nós alunos e pacientes estava cada vez mais natural. Adquirimos cada vez mais experiência para a comunicação e com isso a entrevista ocorria de forma mais fluente. É possível observar a evolução quando realizamos anamneses em ligas acadêmicas.

[...] Considero que contribuiu, mas essa experiência deveria continuar ao longo dos anos de formação. Entre as habilidades e capacidades posso men-

cionar: comunicação, relacionamento, raciocínio técnico, controle emocional, expressão de idéias, ética.

Essas respostas exemplificam uma clara percepção que os alunos tiveram quanto à evolução de habilidades importantes para sua formação profissional. Perguntou-se ainda se os alunos achavam que o curso iria contribuir com seu desempenho profissional futuro e 98% dos alunos responderam que sim. Seguem mais alguns comentários:

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

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

[...] No entendimento com o paciente, suas preocupações, angústias. Enxergar o paciente além da doença.

CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS

Uma exposição antecipada e uma integração efetiva reforçam a formação de um modelo de médico que cuida de forma integrada do paciente. Os professores de clínica, ao discutir os casos de pacientes ao lado dos professores de Psicologia Médica, acabam por representar um modelo importante, real e possível desta integração. Todo este processo parece “ativado” pelo trabalho conjunto dos professores das diferentes áreas e dos professores de Psicologia Médica. A troca que ocorre durante as atividades com os alunos, na discussão das visões dos professores, cria oportunidade para uma modificação dos mesmos em direção a uma visão mais integral e integrada.

Existe, além disso, uma troca que é resultado de uma interação mais básica: a simples presença do professor de Psicologia Médica é um catalisador que mobiliza no professor das áreas e ciclos uma preocupação em abordar os aspectos psicossociais e, reciprocamente, a presença deste mobiliza no professor de Psicologia Médica a preocupação na abordagem dos aspectos somáticos. Esta situação pode contribuir para ir sedimentando a postura e o hábito de um pensamento menos reduutivo e fragmentado que os professores poderão transpor a outras situações de ensino.

Além da troca durante a atividade com os alunos, as reuniões da equipe de professores são também um espaço importante. A presença, nestas reuniões, dos professores de todas as áreas e ciclos, envolvidos juntamente com os professores de Psicologia Médica, traz uma riqueza muito grande às discussões, criando uma oportunidade que raramente tivemos ocasião de vivenciar na Universidade. São estes os colegas professores que tem participado conosco desta experiência criativa e estimulante:

Adriana Aparecida Siviero-Miachon (Pediatria)
Alexandre Wagner de Souza (Clínica Médica)
Ana Isabel Melo Pereira Monteiro (Pediatria)
Ana Luisa Vessoni (Psicologia Médica)
Angela Maria Spínola e Castro (Pediatria)
Antonio Fernandes Moron (Obstetrícia)
Augusto Capelo (Psicologia Médica)
Carlos André Freitas dos Santos (Geriatrics)
Daisy M. Machado (Pediatria)
Domingos Ezenildo Matos dos Santos (Clínica Médica)
Edson Fernandes de Faria (Clínica Médica)
Elisa Meireles Andrade (Psicologia Médica)
Fânia Cristina dos Santos (Geriatrics)
Fátima Lucchesi (Psicologia Médica)
Gilberto Petty da Silva (Pediatria)

Joaquim Machado (Psicologia Médica)
Josefina A. P. Braga (Pediatria)
Lara Miguel Quirino Araújo (Geriatrics)
Lúcia Christina Iochida (Clínica Médica)
Luiz A. Lopes (Pediatria)
Maria Aparecida Gadiani Ferrarini (Pediatria)
Mary Hokazono (Pediatria)
Maysa S. Cendoroglo (Geriatrics)
Paulo Olzon Monteiro da Silva (Clínica Médica)
Paulo Sergio Massabki (Clínica Médica)
Renata N. Pinto (Psicologia Médica)
Renato Martins Santana (Obstetrícia)
Ricardo Luiz Smith (Morfologia)
Rosana D. Simões (Ginecologia)
Rudolf Wechsler (Pediatria)
Samantha Mucci (Psicologia Médica)
Sérgio Hermani Stuhr Domingues (Clínica Médica)
Solange Tedesco (Psicologia Médica)
Tatiana G. Lerman (Psicologia Médica)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, A. C. & CORDEIRO, H. A. 2004. "Integração Vertical e Horizontal do Currículo Médico no Contexto das Novas Diretrizes Curriculares: O Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá". *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, vol. 28, nº 2, pp. 164-172, maio/ago.
- BOTEGA, J. N. 1994. "O Ensino de Psicologia Médica no Brasil: uma Enquete Postal". *Rev. ABP-APAL*, 16(2), pp. 45-51, abr.-jun.
- BULCÃO, L. G. 2004. "O Ensino Médico e os Novos Cenários de Ensino-Aprendizagem". *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, vol. 28, nº 1, pp. 61-72, jan./abr.

- DE MARCO, M. A. 2003. *A Face Humana da Medicina*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- _____. 2006. “Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um Projeto de Educação Permanente”. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, vol. 30, nº 1, jan./abr.
- GIGLIO, J. S. 1983. “A Situação do Ensino de Psicologia Médica no Brasil Hoje”. In: KNOBEL, M. & SAIDEMBERG, S. *Psiquiatria e Higiene Mental*. São Paulo, Autores Associados.
- JEAMMET, P. *et al.* 1982. *Psicologia Médica*. Rio de Janeiro, Masson.
- JONES, R.; HIGGS, R.; DE ANGELIS, C. & PRIDEAUX, D. 2001. “Changing Face of Medical Curricula”. *Lancet*, 357, pp. 699–703.
- KOMATSU, R. S. 2002. “Educação Médica: Responsabilidade de Quem? Em Busca dos Sujeitos da Educação do Novo Século”. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, vol. 26, nº 1, pp. 55-61, jan./abr.
- MACHADO DE ASSIS, J. M. 1996. *O Alienista e O Espelho*. São Paulo, Ediouro.
- NOGUEIRA MARTINS, L. A. 2005. *Residência Médica: Estresse e Crescimento*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- SCHNEIDER, P.-B. 1986. *Psicologia Aplicada a la Pratica Medica*. Buenos Aires, Editorial Paidós.