

# A primeira Residência brasileira de Medicina de Família dentro de uma instituição privada: a experiência das residentes

The first Brazilian Residence of Family Medicine inside a private institution:  
the experience of residents

La primera Residencia brasileña de Medicina de Familia dentro de una institución privada:  
la experiencia de las residentes

*Danielle Harumi Miachiro Oyama\**

*Erika da Cruz Campos\*\**

**RESUMO:** A Medicina de Família é uma especialidade médica que propõe um novo modelo de profissional médico, com enfoque de formação diferenciada, centrada no cuidado do indivíduo, em atenção continuada e abrangente, coordenando também os componentes biopsicossociais. O médico de família credencia-se para responsabilizar-se pelo paciente no contexto hospitalar e contribuir para a coordenação dos cuidados, gerando por consequência uma maior qualidade no atendimento e satisfação por parte do paciente e seus familiares pelos cuidados recebidos. Seu enfoque centrado na pessoa contribui para que mesmo no ambiente hospitalar haja maior tranquilidade para a ponderação tanto do uso de recursos diagnósticos e terapêuticos muitas vezes desnecessários ou ineficazes, quanto no cuidado na aplicação de intervenções muito distantes da realidade doméstica do paciente e que após seu retorno para a casa deverão ser mantidas, tornando sua rotina mais difícil resultando em baixa aderência ao tratamento. A partir destas reflexões iniciais, o programa de residência médica em Medicina de Família é abordado com uma análise individual das atividades realizadas e as experiências cotidianas são comentadas a partir de casos clínicos vivenciados pelas residentes. E após 6 meses dentro de jornada da residência temos segurança em afirmar que hoje fazemos a medicina que sonhamos e que na prática, esta medicina faz a diferença na vida de nossos pacientes e seus familiares e que Medicina de Família é possível, e num país com tantas desigualdades sociais como o nosso, desponta com uma alternativa viável para uma saúde mais justa e humana.

**PALAVRAS-CHAVE:** Medicina de Família. Residência médica – instituição privada. Residência Médica.

**ABSTRACT:** Family Medicine is a medical specialty that proposes a new model for medical professionals, with a differentiated approach to education centered in caring for individuals, in a continued and broader assistance coordinating also biopsychosocial components. Family doctors is accredited to take responsibility for the patient in hospital settings and to contribute to the co-ordination of cares, producing consequently a higher quality of service and a greater satisfaction of patients and relatives to received care. An approach centered in the person contributes, even in hospital settings, better conditions for both deciding on the use of diagnostic and therapeutic resources very often unnecessary or ineffective and also in care in the application of interventions strange to the patients' home reality but which must be maintained after they returning to their homes, making extremely difficult their routine in a way that almost prevents adhesion top treatments. From these initial reflections, the program of medical residence in Family Medicine is approached by means of an individual analysis of daily activities and a debate about daily experiences from clinical cases assisted by female residents. After 6 months in residence we can certainly say that today we practice the kind of medicine we dream about and we know that in practice this kind of medicine makes a difference in the life of our patients and his relatives and which Family Medicine is possible We may also say in a country with so many social inequalities like ours, Family Medicine emerges as a viable alternative for a more just and human health care.

**KEYWORDS:** Family Medicine – Medical Residence. Residence – private medical institution. Medical Residence.

**RESUMEN:** La Medicina de Familia es una especialidad médica que propone un nuevo modelo de profesional médico, dotado de un enfoque de formación diferenciada, centrada en el cuidado del individuo, en atención continuada e abarcadora, coordinando también los componentes biopsicossociales. El médico de familia acredita-se para responsabilizarse del paciente en el contexto hospitalario y contribuir para la coordinación de los cuidados, generando por consiguiente una mayor cualidad en el atendimento e satisfacción por parte del paciente y sus familiares por los cuidados recibidos. Su enfoque centrado en la persona contribuye para que el propio ambiente hospitalario proporcione mayor tranquilidad para la ponderación tanto del uso de recursos diagnósticos y terapéuticos muchas veces innecesarios o ineficaces, como del cuidado en la aplicación de intervenciones muy distantes de la realidad doméstica del paciente y que, después de su retorno a la casa, deberán ser mantenidas, tornando su rutina más difícil; y el resultado de eso es una baja adherencia al tratamiento. A partir de esas reflexiones iniciais, el programa de residencia médica en medicina de familia es abordado por medio de un análisis individual de las actividades realizadas, siendo las experiencias cotidianas comentadas a partir de casos clínicos vividos por las residentes. E, después de 6 meses en la jornada de la residencia, podemos afirmar con seguridad que hoy hacemos la medicina que soñamos y que, en la práctica, esa medicina hace la diferencia en la vida de nuestros pacientes y sus familiares; podemos afirmar de igual modo que la Medicina de Família es posible y, en un país con tantas desigualdades sociales como el nuestro, despunta como una alternativa viable para una salud más justa y humana.

**PALABRAS-LLAVE:** Medicina de Família. Residencia médica – institución privada. Residencia Médica.

\* Graduada em Medicina pela Universidade Nove de Julho – São Paulo. Residente em Medicina de Família e Comunidade. Hospital Cruz Azul de São Paulo. E-mail: nielledani@yahoo.com.br

\*\* Graduada em Medicina pela Universidade Gama Filho – Rio de Janeiro. Residente em Medicina de Família e Comunidade. Hospital Cruz Azul de São Paulo. E-mail: erikacc@terra.com.br

*Você deve estar se perguntando: Residência de Medicina de Família em uma instituição privada? É possível?*

Sim, é possível e pelas habilidades adquiridas em sua prática, o médico de família se credencia para a coordenação dos cuidados gerando por consequência uma maior qualidade no atendimento e uma maior satisfação do paciente com os cuidados recebidos. A Medicina de Família é uma especialidade médica que propõe um novo modelo de profissional médico, com enfoque de formação diferenciada, centrada no cuidado do indivíduo – independentemente de sexo, idade, condição social e patologia que lhe afete –, em atenção continuada e abrangente, coordenando também os componentes biopsicossociais<sup>1,2</sup>.

Trata-se de uma nova perspectiva no cuidar, em que o médico desce do pedestal de “detentor do saber” e torna-se colaborador do paciente, porque reconhece que o próprio paciente e sua família fornecem, muitas vezes, as melhores sugestões de cuidado. Mantendo sua atenção continuada ouvindo, conhecendo e aprendendo a linguagem do paciente para melhor dialogar na procura solidária de opções e estratégias de tratamento<sup>3</sup>.

O médico de família é habituado a prestar cuidados longitudinais, com enfoque na pessoa em vez de verticais, sobre órgãos, sistemas ou doenças. Ele acompanha os pacientes mesmo que não tenha um diagnóstico fisiopatológico definido e comunica-se com eles muitas vezes sem mencionar nomes de doenças, mas mesmo assim transmitindo as informações que eles desejam. Assim, adapta a linguagem técnica de maneira a torná-la acessível ao paciente e familiar, melhorando seu nível de informação e reduzindo a ansiedade causada pela enfermidade<sup>4</sup>.

O enfoque centrado na pessoa, contribui para que mesmo no ambiente hospitalar haja maior tranquilidade para a ponderação tanto do uso de recursos diagnósticos e terapêuticos muitas vezes desnecessários ou ineficazes quanto do cuidado na aplicação de intervenções muito distantes da realidade doméstica do paciente e que após seu retorno para a casa deverão ser mantidas tais como: glicemias capilares em excesso, uso de medicações endovenosas quando há a possibilidade por sonda nasoenteral ou cuidados rotineiros de enfermagem sem indicação clínica. Sabemos que muitos pacientes internados para investigação diagnóstica podem ter esse processo realizado ambulatorialmente se tiverem segurança da continuidade no acompanhamento tal qual propomos<sup>5</sup>.

Antes de iniciar o relato de nossa experiência como residentes, propriamente dito, achamos interessante relembrar o que nos atraiu para sermos médicas, o que nos levou a escolha desta profissão. Pensando em uma cena de filme que retratasse de forma mais fiel nossa motivação, sem dúvida escolheríamos a memorável cena do filme Patch Adams – O Amor é Contagioso, onde Patch ao ajudar seu colega de enfermagem em um hospital psiquiátrico, descobre sua vocação em querer ajudar o outro e ser médico.

Quando escolhemos a medicina, escolhemos ajudar as pessoas tratando, cuidando e estando junto a elas, no momento, talvez, de maior fragilidade humana, o momento da enfermidade. Hoje, através da nossa prática na residência, reafirmamos o que queríamos ao escolher a medicina, vivendo o cuidado continuado e comprometido com nossos pacientes e seus familiares. É nesse cenário que se dá nosso processo de aprendi-

zagem em total correspondência com o desejo de muitos pacientes – ser cuidado!! – e, ao mesmo tempo, fazemos uma medicina com excelência, com paixão, sentindo a vocação profissional tomar conta de nós.

Nosso processo de aprendizagem na residência iniciou-se em Março de 2010 no Hospital do Cruz Azul de São Paulo, instituição privada, sob a coordenação da SOBRAMFA (Sociedade Brasileira de Medicina de Família) e reconhecida pelo MEC, com o objetivo de formar médicos nos princípios elementares da Medicina de Família (Atenção Primária, Formação de Lideranças, Desenvolvimento Humanista e Educação Médica) ou seja, atuando em Atenção Primária a Saúde, a partir de uma abordagem biopsicossocial do processo saúde adoecimento, integrando ações de promoção, proteção e de educação em saúde individual ou coletivo<sup>6,7</sup>.

Priorizando a prática centrada na pessoa, na relação médico-paciente, no cuidado em saúde e na continuidade, atendendo com elevado grau de qualidade e resolutividade dos problemas de saúde de diferentes grupos etários. Desenvolver habilidades docentes e a capacidade de auto aprendizagem e de crítica da atividade médica considerando os aspectos científicos, éticos e sociais<sup>8</sup>.

A residência tem a duração de 2 anos com carga horária de 60 horas semanais. Para atingir o objetivo principal de formação, o programa da residência exige como condição imprescindível o acompanhamento integral pelos residentes nos diversos ambientes de prática clínica rotineira: consultas clínicas, visitas domiciliares e hospitalares, com todas as variáveis que o dia a dia de um médico de família requer em complexidade<sup>9</sup>. Uma complexidade de serviços, variedade de atividades, capacidade de adapta-

ção, arte criativa, e tomada de decisões. Os professores, médicos de família, servem como diferentes modelos e exemplo na formação. Estas atividades em tempo integral proporcionam o aperfeiçoamento das habilidades clínicas, cognitivas, comportamentais e essenciais da vida, nos remetendo à ideia das corporações de ofício da idade média, na qual o aprendiz permanecia junto ao mestre de maneira continuada até substituí-lo gradualmente<sup>8</sup>.

A formação na residência se dá no dia a dia, minuto a minuto, em cenário real de prática, centrada no Setor Privado, onde aprendemos, gradativamente, os objetivos que foram anteriormente especificados e, de modo particular, a responsabilidade que se espera de um profissional.

Como por exemplo no caso de uma paciente de 15 anos internada em nossa enfermaria com queixa de paresia em membros inferiores com evolução de uma semana. Um raio-X de tórax evidenciava uma massa em região mediastinal e a paciente aguardava o resultado de uma biopsia realizada por broncoscopia. Foram solicitados novos exames de imagem e a avaliação das especialidades – pneumologia, neurologia e oncologia. No dia seguinte, ao exame além da paresia a paciente apresentava parestesia e muito medo de não poder mais andar.

Nesse momento fica evidente o papel do Médico de Família em lutar pelo benefício do paciente, interagindo com o especialista indicado e gerenciando o caso de forma ativa. Ao perceber que por meio das solicitações o caso não teria boa resolução, fizemos uma solicitação escrita direcionada à equipe de cirurgia de coluna que seria pessoalmente endossada pelo diretor clínico do hospital. Naquela mesma tarde tivemos o desfecho do caso com a paciente sendo en-

caminhada ao centro cirúrgico e no dia seguinte fomos vê-la na UTI. Apesar das dores a gartota já apresentava movimentos dos membros inferiores.

Além da Formação na Prática, há algumas atividades de Educação Continuada estipuladas na grade curricular que são<sup>10</sup>:

- Marca-passo científico: atividades teóricas semanais com todos os médicos do departamento de Medicina de Família onde os temas mais prevalentes são abordados e se somam às discussões de casos, leitura de “Poems” (*Patient Oriented Evidence that Matters*) e levantamento. Esta atividade clínica – científica é chamada de marca-passo, porque tem como objetivo manter o ritmo científico semanal. Habitualmente todos os integrantes do departamento almoçam juntos na sede da SOBRAMFA numa grande confraternização.
- Discussão de temas de Medicina de Família: reunião semanal na qual se discutem temas de reflexão, formação pessoal, filosofia da Medicina de Família e temas correlatos, que são essenciais para o trabalho em grupo e para o desenvolvimento de lideranças. O conhecimento construído através da discussão em grupo enriquece o crescimento pessoal de cada participante.
- Atividades Didáticas: participação ativa das atividades acadêmicas vinculadas à graduação em faculdades de medicina, convites para conferências em diversos cenários, integração nos congressos acadêmicos de escolas médicas e jornadas. Qualquer convite que é dirigido à SOBRAMFA para ministrar conferências e cursos, conta sempre com a presença dos residentes que vão sendo, deste modo, formados na dimensão docente.

- Congressos: nos Congressos Anuais e Jornadas da SOBRAMFA os residentes exercem um papel ativo, aprendendo a pensar e desenvolver atividades científicas, congregando pessoas e liderando atividades. Nos Congressos Internacionais (especialmente os da STFM – *Society of Teachers of Family Medicine*) os residentes viajam junto com professores, alunos e outros médicos da SOBRAMFA. Além do aprendizado com as aulas e palestras, de conhecer professores de Medicina de Família e discutir temas de interesse comum, os residentes aprendem a refletir em conjunto com o grupo e encontrar caminhos para colocar em prática as conclusões.

- Plantões: Tendo claro o objetivo da residência - que é treinar e ensinar os médicos recém formados na “vida real” de um Médico de Família - faz sentido que o residente invista a maior parte do seu tempo de formação fazendo o que ele irá fazer para o resto da sua vida. Assim, o treinamento está estruturado basicamente no acompanhamento longitudinal dos pacientes que ocorre em ambulatórios, visitas domiciliares, Casas de Repouso e Hospitais, quando o paciente que se acompanha previamente necessita de internação. Por tanto, não faz parte do treinamento do plantões em setores de urgências, já que a continuidade ao paciente nesses locais não existe na prática.

Um médico de família deve, sim, frequentar o setor de emergências de um hospital, quando o seu paciente precisa de um tratamento de urgência. O médico de família está onde seu paciente está: em casa, no hospital, no consultório. Isso é o que deve ser ensinado ao futuro médico de família: estar,

sempre, junto ao seu paciente. Ser, de fato, o médico pessoal dele. Com o médico de família, não existem pacientes “órfãos” em hospitais, asilos, ou qualquer outra instituição de saúde<sup>11</sup>.

E por que acreditamos que esse tipo de atendimento é importante? Por que vale a pena, como ponto de reflexão, perguntar-nos se de fato nos aperfeiçoamos naquilo para o qual nossos pacientes nos requisitam? Somos, de verdade, o que os nossos pacientes esperam de nós? Estas perguntas, um pouco incômodas, podem ser respondidas com uma afirmação sincera e direta: se tivermos os valores da Medicina de Família enraizados seremos capazes de aprender habilidades clínicas específicas em toda nossa vida profissional de acordo com as necessidades que nossos pacientes tenham. E teremos disposição para tal, porque a teremos para servir.

Esse é objetivo que se deve ter em mente: preparar-se como médico para ser útil, estar disposto a aprender sempre, para servir melhor. Essa competência e maturidade, que se deve esperar de um médico de família, é a que o programa de residência em Medicina de Família faz questão de imprimir nos seus residentes desde o primeiro momento. Criar responsabilidades é muito mais eficaz do que estabelecer um detalhamento inútil de regras centralizadas e regulamentação do número e tipo de procedimento, como se faz ordinariamente para outros programas de Residência Médica, e que por vezes amputa a capacidade de criação dos professores.

Aplicar isso à Medicina de Família, e querer definir o médico de família pelo que faz, e não pelo modo como o faz – pelo estilo único e peculiar, centrado na pessoa<sup>12</sup>,

o médico pessoal. Seria encolher a especialidade a um conjunto de procedimentos e apresentar uma visão deformada e desestimulante da Medicina de Família. Um médico de família fará o que os seus pacientes lhe solicitarem, se preparará para isso, mas conservará sempre o estilo único, característico do médico de pessoas<sup>13</sup>.

Após 6 meses de residência temos segurança em afirmar que hoje fazemos a medicina que sonhamos e que na prática, esta medicina faz a diferença na vida de nossos pacientes e seus familiares, o que nos estimula para sermos a cada dia melhores no que fazemos para retribuirmos de forma digna a confiança em nós depositada. A Medicina de Família é possível, e num país com tantas desigualdades sociais como o nosso, desponta com uma alternativa viável para uma saúde mais justa e humana<sup>14</sup>.

---

## REFERÊNCIAS

1. Valente RR, Junior APN, Levites MR, Blasco PG. Medicina de Família: um corpo próprio de conhecimentos. *Diagn Tratamento*. 2004;9(2): 61-3.
2. Stephens G. *The intellectual basis of family practice*. Kansas: Winter Publishing Company; 1988.
3. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Aten Primaria* 2006; 38(4): 225-9.
4. McWhinney I. *A textbook of Family Medicine*. New York: Oxford University; 1997.
5. Roncoletta A, Levites M, Monaco C. Impacto das novas competências do médico de família: coordenação de cuidados no hospital e gerenciamento de pacientes crônicos no domicílio. *Mundo Saúde*. 2009;33(1):108-13.
6. Blasco PG, Ramírez VI, Bustos SR, Moreto G. La formación de médicos familiares en Latinoamérica: Timidez académica y liderazgo errático. *Arch Med Fam*. 2005; 7(1):1-3.
7. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Aten Primaria* 2006, 38(4):225-9.
8. Levites MR, Janaudis MA, Moreto G, Roncoletta AFT, Albuquerque I, Blasco PG. Procurando a Excelência na Formação dos Médicos de Família: O Programa Fitness, uma experiência inovadora. *Arch Med Fam*. 2006;8:83-96.
9. Levites MR, Pinheiro, TRP; Benedetto, MAC, Prats, J; Rego, H. A Brazilian model for family medicine residence based in the science of complexity. In 15th WONCA Europe Conference, Basel; 2009.
10. Blasco PG, Levites MR, Pinheiro TRP, Benedetto MAC, Moreto G, Rego H. A Brazilian Model for Family Medicine Residency. 43STFM Annual Spring Conference, Vancouver; 2010.
11. Blasco, PG. Medicina de Família: Ciência e Arte com Metodologia Acadêmica. *Revista Videtur*, São Paulo: Mandruvá 2003; 22: 31-40. Disponível em: [www.hottopos.com/videtur22/pablo](http://www.hottopos.com/videtur22/pablo)

12. Brown JB, et al. The first component: exploring both the disease and the illness experience. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWinn R, McWilliam CL, Freeman TR, editors. Patient-centered Medicine. Transforming the Clinical Method. 2.ª ed. Abingdon: Radcliffe Med.; 2003. p. 3-52.
  13. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. Princípios da Medicina de Família. São Paulo: SOBRAMFA; 2003. Disponível em: [www.sobramfa.com.br](http://www.sobramfa.com.br)
  14. Janaudis MA, Blasco PG, Haq C, Freeman J. Formando Médicos para a Medicina de Família e Comunidade. Rev Bioética. 2007; 15(1):27-36. Disponível em: [www.sobramfa.com.br](http://www.sobramfa.com.br)
- 

---

*Recebido em 29 de julho de 2010*  
*Versão atualizada em 11 de agosto de 2010*  
*Aprovado em 27 de agosto de 2010*