

Tema de interés

El impacto de la Medicina de Familia en la formación médica: experiencia del programa de Medicina de Familia de la Facultad de Medicina del Centro Universitario São Camilo de São Paulo, Brasil

*The impact of Family Medicine in Medical Education: experience of the program
of Family Medicine, Faculty of Medicine of São Camilo, University Center of São Paulo, Brazil*
*O impacto da medicina de família na educação médica: a experiência do programa de Medicina
Familiar da Faculdade de Medicina do Centro Universitário São Camilo de São Paulo, Brasil*

S.O. García Deborah,¹ Roncoletta F.T. Adriana²

*La droga más ampliamente usada en la medicina es el propio médico, quien, al igual que todos los medicamentos, debe ser conocida
en su dosis, efectos secundarios y toxicidad, mostrando también la importancia del placebo para el tratamiento de los pacientes.*

M. Ballint

Introducción

Las directrices internacionales relativas a la educación médica han llevado -entre otras recomendaciones- a incentivar a las escuelas de Medicina para ofrecer a los estudiantes la oportunidad de aprender en los escenarios de la atención primaria, argumentando que los alumnos pueden tener un mejor aprendizaje al adquirir habilidades y destrezas médicas con profesores que son médicos generales.¹

A principio de los años noventa, las críticas al modelo actual de la educación médica en Brasil y la necesidad de evaluarla llevaron a la creación del comité CINAEM (Comisión Nacional Interinstitucional para la Evaluación de la Educación Médica) con el objetivo de organizar y llevar a cabo esta evaluación, así como proponer medidas para corregir las deficiencias detectadas.²

En 2001, se adoptaron las denominadas *Directrices Curriculares* para los cursos de Medicina,³ en ellos se indicaba que el médico, además de ser un generalista, crítico y reflexivo, debería ser un humanista. Dentro de los principios éticos debería ser un profesional con capacidad plena para promover la salud del ser humano y con capacidad para trabajar en equipo.

Hasta la fecha se han identificado algunas áreas críticas en la formación de los médicos en Brasil, como la desconexión entre la teoría y la práctica en materia de salud y la enfermedad, además de utilizar a los hospitales de las universidades como centro de las actividades docentes, con énfasis en la especialización y en procedimientos médicos compatibles con la atención médica secundaria y terciaria.

En la búsqueda de soluciones para estas áreas críticas de la formación médica brasileña, y de conformidad con las propuestas de directrices curriculares internacionales, se insertó en el plan de estudios de la Facultad de Medicina de São Camilo, São Paulo, Brasil, el proyecto *Centro de Medicina Familiar*.

El objetivo de este trabajo es describir la experiencia del programa de Medicina de Familia de la Facultad de Medicina del Centro Universitario São Camilo de São Paulo, Brasil. Este programa se introduce

en el plan de estudios regular en el sexto semestre de la carrera de médico cirujano. El curso tiene una duración de 20 semanas, con frecuencia semanal de dos días. En la clínica, los pacientes reciben atención gratuita después de una entrevista con un trabajador social. En el programa se integran grupos de siete estudiantes bajo la supervisión de un médico formado por la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia (SOBRAMFA). Dos estudiantes asisten a un paciente, otros tienen la oportunidad de observar el servicio a través de una cámara de *Gesell* (con el consentimiento de los pacientes y estudiantes).

Después de la anamnesis y el examen físico realizado por los estudiantes, todo el grupo -profesor y alumnos- se reúne para discutir temas humanísticos y clínicos, además de los aspectos positivos y negativos de la consulta.

Posteriormente, el profesor y los estudiantes regresan a la sala de consulta con el fin de guiar al paciente y aclarar cualquier duda. Los pacientes son asistidos por el estudiante y el profesor; la frecuencia de las entrevistas depende de las necesidades del paciente, quien tiene la percepción de que el estudiante que lo asiste es, de hecho, "su médico", responsable de su cuidado.

La clínica desarrolla un trabajo interdisciplinario -terapia física, terapia del lenguaje, enfermería, nutrición y terapia ocupacional- debido a que un importante número de pa-

¹Pediatra y médico familiar. Coordinadora de Graduación de SOBRAMFA. Profesora de la Facultad de Medicina del Centro Universitario San Camilo, San Pablo, Brasil.

²Doctora en Medicina. Directora de Graduación de SOBRAMFA. Profesora de la Facultad de Medicina del Centro Universitario San Camilo, San Pablo, Brasil.

Correspondencia: Roncoletta Adriana
adriana@sobramfa.com.br

Aten Fam 2011;18(3):68-69.

cientes necesitan tratamiento de rehabilitación de farmacodependencia por daños neuromusculares. Este perfil de los pacientes, por un lado, ofrece una actitud reflexiva en los alumnos, fomenta el contacto con patologías crónicas, incapacitantes y con bajas tasas de curación, y por otra parte ofrece perspectivas para llevar a cabo una atención integral del paciente.

Los resultados han sido significativos; los estudiantes dicen que “*se sienten los médicos*”; estos tienen la oportunidad de ver a los mismos pacientes en varias ocasiones para discutir y aprender sobre la gestión clínica y hacer hincapié en la relación médico-paciente, con énfasis en las habilidades de comunicación y habilidades esenciales para el medio ambulatorio.

Este modelo permite a los estudiantes incorporar los valores centrales de la Medicina de Familia: *la importancia de atender a los pacientes en su conjunto, el desarrollo de actitudes humanísticas y la construcción de la relación terapéutica*. Es importante desarrollar en los estudiantes la creatividad y la empatía en la atención de los pacientes.

La continuidad de la atención fomenta en el estudiante una actitud hacia el paciente que difícilmente podría encontrar si solo estuviera inmerso en un modelo de enseñanza centrado en el hospital. Por otro lado, seguir a un paciente crónico ayuda a superar los estereotipos que podrían obstaculizar el juicio clínico preciso y la empatía, cualidades esenciales para el desarrollo de un adecuado profesionalismo.

Discutir las técnicas de entrevista clínica y exploración física ha sido uno de los puntos esenciales en las actividades clínicas mencionadas por los estudiantes, ya que aprenden a dar información y hacer sugerencias para mejorar el uno al otro. Los estudiantes aprenden a valorar los síntomas no especificados por el paciente y en los que a menudo no hay una correlación entre la fisiopatología y las quejas frecuentes del paciente: “*Profesor, no sé si debemos valorar esta sensación de hormigueo en la pierna derecha, sentí que tenía que sentir algo en esta consulta y en cambio la paciente nos relata los problemas que tiene con su marido...*” De esta manera, el alumno conoce y aplica el concepto de *matchfull*, que equivale a esperar y realizar una vigilancia cuidadosa del paciente, principalmente cuando las quejas son indiferenciadas.

Para llevar de manera exitosa el programa de Medicina de Familia de la Facultad de Medicina del Centro Universitario São Camilo de São Paulo, Brasil, se ha puesto especial atención en definir y llevar a la práctica la importancia del maestro como modelo para la integración del conocimiento de los estudiantes; quienes deben reconocer al docente como figura clave para la dirección de su aprendizaje. Desde esta perspectiva, el profesor debe mostrar compromiso con el paciente, dirigir al alumno a fin de estudiar lo que es más importante para el paciente (no solo con un puro interés por la investigación en sí misma), este tipo de dirección refuerza la relación médico-paciente, y en su caso impulsará cambios de aprendizaje significativo en los alumnos.

El profesor “modelo”⁴⁻⁶ se define como un profesional con habilidades y conocimientos clínicos, que da prioridad a la buena relación con sus pacientes y es reconocido por la mayoría de sus estudiantes como un ejemplo a seguir. Como un supervisor eficaz, el maestro debe promover las oportunidades para los estudiantes con la finalidad de completar la atención integral de los pacientes. Un profesor modelo sabe conducir y dar información continua a los alumnos; entendemos que la dinámica de la enseñanza implica contar con profesores entusiastas e interesados por la docencia, con tiempo disponible para las discusiones y, a la vez, que estén dispuestos a promover la búsqueda de respuestas a las preguntas formuladas.⁷

Al entrevistar a los estudiantes se identificó que se sorprenden al descubrir un paisaje totalmente nuevo, diferente de lo que aprendieron al estudiar en el hospital, el ámbito de la atención primaria también es el escenario de un mundo regido por las “enfermedades comunes.”

Conclusiones

Estas iniciativas de educación en Medicina de Familia se han descrito en varias publicaciones, y en diferentes países, como EEUU, Canadá y algunos países europeos; el beneficio educativo de la atención primaria y la continuidad han sido ampliamente demostrados.⁸⁻⁹ La SOBRAMFA, que se encuentra en vigor desde 1992, ha dedicado sus esfuerzos para desarrollar los principios de la Medicina de Familia y promover la Medicina Familiar como disciplina académica.¹⁰⁻¹⁶

Los resultados preliminares de este programa deberían motivar a las instituciones educativas y de salud para desarrollar programas similares. Se necesitan más estudios para evaluar el impacto a largo plazo de estos programas de educación médica, así como estar atentos a las reformas educativas y exponer al estudiante al mundo “real”, al cual servirá en el futuro.

Referencias

- Oliveira NA. Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2007.
- Miranda JFAM. Educação médica: estudo do impacto da adoção da estratégia saúde da família no internato médico [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Católica de Petrópolis, Faculdade de Educação; 2003. 252p.
- Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Parecer da CNE/CES n.1133. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
- Ballint M. O médico, seu paciente e a doença. 2a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.
- Blasco PG. Los cuatro pilares de la medicina de familia. Arch Med Fam. 2004;6 (2):31-3
- Blasco PG. O médico de família, hoje. São Paulo: SOBRAMFA; 1997.
- Stange K. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions [editorial]. Ann Fam Med. 2009;7 (2):100-3.
- Ullian JA, Bland CJ, Simpson DE. An alternative approach to defining the role of the clinical teacher. Acad Med. 1994; 69:832-838.
- Irby DM, Ramsey P, Gillmore GM, Schaad D. Characteristics of effective clinical teachers of ambulatory care medicine. Acad Med. 1991;66:54-5.
- Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. Ann Fam Med. 2005;3:159-66.
- Nutting PA, Goodwin MA, Flocke AS, Zyzanski SJ, Stange K. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? Ann Fam Med. 2003;1:149-55.
- Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. Ann Fam Med. 2003;1:134-43.
- Janaudis MA, Levites MR, Roncoletta AFT, Garcia DSO, Moreto G, Benedetto MAC, Pinheiro TRP, Blasco PG. Academic Family Medicine in Brazil. GP-Miles: the Brazilian approach to make medical students enthusiastic for Family Medicine. Prim Care. 2009;9: 280-81.
- Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR, Roncoletta AFT, Moreto G, Benedetto MAC, Pinheiro TRP. How one family medicine organizations is working to change the climate. Fam Med. 2009;41:132-44.
- Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR, Roncoletta AFT, Moreto G, Benedetto MAC, Pinheiro TRP. Family medicine education in Brazil: challenges, opportunities, and innovations. Acad Med. 2008;83 (7):684-9.
- Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR, Roncoletta AFT, Moreto G, Benedetto MAC. Impacto de la medicina de familia en la facultad de medicina: análisis cualitativo de una experiencia. Tribuna Docente on Line. 2006;8 (4):1-8.