

# **PAN-AMERICAN FAMILY MEDICINE CLINICS**

Publication of Pan-American Association for Academic Family Medicine  
Publicação da Associação Panamericana Acadêmica de Medicina de Família  
Publicación de la Asociación Académica Panamericana de Medicina Familiar

VOLUME 1/2005

## **Proceedings of the 9th Congress of Brazilian Society of Family Medicine**

**São Paulo, Brazil**

*UNITING LEADERSHIP IN FAMILY  
MEDICINE: A VITAL REFLECTION*

© EDITORIAL MEDICINA FAMILIAR MEXICANA  
Calzada Vallejo 747 Colonia Nueva Vallejo  
Delegación Gustavo A. Madero  
México D.F. CP 07750

*Este libro no puede ser reproducido sin autorización del editor.*

1ª. Edición Digital. Editorial Medicina Familiar Mexicana 2005.

**ISBN 968-7606-28-2**

*Impreso en México*  
*Printed in Mexico*

EDITORIAL MEDICINA FAMILIAR MEXICANA Miembro de la Cámara de la Industria Editorial No. 1812. Diseño de la portada y diseño del texto EDITORIAL MEDICINA FAMILIAR MEXICANA.

[archmedfam@hotmail.com](mailto:archmedfam@hotmail.com)

---

**PAN-AMERICAN ASSOCIATION FOR ACADEMIC FAMILY MEDICINE**  
**ASSOCIAÇÃO ACADÊMICA PANAMERICANA DE MEDICINA DE FAMÍLIA**  
**ASOCIACIÓN ACADÉMICA PANAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR**

**Presidente** – Marco Aurelio Janaudis (Brasil)

**Secretária Geral** – Graziela Moreto (Brasil)

**Vice Presidente** - Javier Caballero Rendon (Bolivia)

**1º Secretário Adjunto** - Rafael Bustos Saldaña (México)

**2º Secretário Adjunto** - Javier Francisco Sevilla Martir (Honduras)

**Secretário de Divulgação** - Roberto Ferreira Leoto (Brasil)

**Rua das Camélias, 637- Mirandópolis CEP: 04048-060. Sao Paulo- SP.**  
**Brasil.**

# **PAN-AMERICAN FAMILY MEDICINE CLINICS**

Publication of Pan American Association for Academic Family Medicine

**Editor in Chief:** *Pablo González Blasco. MD, PhD. Brazil, Brazilian Society of Family Medicine.*

**Executive Editor** *Arnulfo Irigoyen Coria. MD. Mexico. Family Medicine Department. National Autonomous University of Mexico.*

**Deputy Editor:** *Joshua Freeman. MD. United States of America. University of Kansas.*

**Assistant Deputy Editor:** *Marco Aurelio Janaudis MD and Marcelo Levites MD. Brazil. Brazilian Society of Family Medicine.*

## **Associate Editors**

### Educational Section

*Adriana Roncoletta. Brazil. Brazilian Society of Family Medicine.*

*Rafael Bustos Saldaña. MD. Mexico. University of Guadalajara, Mexican Institute of Social Security.*

*Javier Sevilla Martir. MD. Honduras. Indiana University School of Medicine.*

*Eduardo Peña Dolhun. MD. United States of America. University of California. San Francisco.*

*Francisco Javier Gómez Clavelina. MD Mexico. Family Medicine Department National Autonomous University of Mexico.*

*Raúl Ponce Rosas. MD. Mexico. Family Medicine Department National Autonomous University of Mexico.*

*Miguel Ángel Fernández Ortega. MD Mexico. Family Medicine Department, National Autonomous University of Mexico.*

*Isaías Hernández Torres. MD Mexico. Family Medicine Department National Autonomous University of Mexico.*

### Patient-clinician relationship Section

*Graziela Moreto. MD. Brazil. Brazilian Society of Family Medicine.*

*Issa Gil Alfaro. MD. Mexico. Institute Mexicano of Social Security, Latin-American Association of Teachers of Family Medicine.*

*Beatriz Ciuffolini. MD. Argentina. National University of Cordoba, Latin-American Association of Teachers of Family Medicine.*

## Ethics and Philosophy of Medicine Section

*Herlinda Morales López. MD. Mexico.* Health Institute of the Federal District, Latin-American Association of Teachers of Family Medicine.

*Celerino Pérez Hernández. MD. Mexico.* Mexican Institute of Social Security, Latin-American Association of Teachers of Family Medicine.

*Miguel Ángel Suárez Cuba. MD. Bolivia.* Latin-American Teachers of Family Medicine Association.

## Sociology Section

*Alicia Hamui Sutton. PhD. Mexico.* Family Medicine Department. School of Medicine. National Autonomous University of Mexico.

## Patient Oriented Evidence Section

*Maria Auxiliadora Craice de Benedetto. MD. Brazil.* Brazilian Society of Family Medicine.

*Marcelo Levites. MD. Brazil.* Brazilian Society of Family Medicine.

*Javier Caballero. MD Bolivia.* Society of Family Medicine La Paz-Bolivia.

*Ismael Ramírez Villaseñor. MD .Mexico.* Mexican Institute of Social Security.

## **Contributing Editors**

*Jim Tysinger. PhD.* United States of America. University of Texas, Health Science Center at San Antonio.

*Stephen Bogdewic. PhD.* United States of America. University of Indiana.

*Cynthia Haq. MD.* United States of America. University of Madison, Wisconsin.

*Valerie J. Gilchrist. MD.* United States of America. Professor and Chair Department of Family Medicine. Brody School of Medicine. East Carolina University.

*Mark K. Huntington.* United States of America. University of Minnesota.

*Johanna Shapiro, PhD.* United States of America. University of Irvine, California.

*Patrick T. Dowling. PhD.* United States of America. David Geffen School of Medicine at UCLA. University of California at Los Angeles.

# **CONTENTS**

**FOREWORD (PRÓLOGO)** 1

*Irigoyen-Coria A, González-Blasco P, Janaudis S.*

**PROMOVIENDO LIDERAZGOS EN MEDICINA DE FAMILIA:** 7  
**UNA REFLEXIÓN VITAL (UNITING LEADERSHIP IN FAMILY MEDICINE: A VITAL REFLECTION)**

*González-Blasco P.*

The introspective approach adopted by Family Medicine, although is not exclusive of this specialty, is its strength. The philosophical professional – the reflective practitioner – of family medicine attempts to integrate medical knowledge, care for people, and development of leaders with true wisdom. *When you attempt to turn wrongs into rights, remember that reformation begins first and foremost within. To fight for an ideal without self-examination is perilous!* Our goal is to establish leadership, pursue excellence in education, and provide viable role models. To achieve this goal, we must contend with what, at first, appear to be competing demands: On the one hand, there is the ethereal realm of principles, vision, motivation, and inward enrichment. On the other, the pragmatic considerations of caring, daily routine, consistency, and making a measurable difference in people's lives. On closer inspection, however, these spheres are intimately related, with each one encompassing the other, like two faces of the same coin. It requires constant vigilance to strike this difficult yet necessary balance to attain practical idealism, in the day by day construction.

**COMPARTILHANDO HISTÓRIAS (SHARING OUR STORIE)** 16

*Craice De Benedetto MA.*

Narrative therapy is a psychotherapy technique created in Australia and New Zealand in 1980's. Family physicians and all health professionals who emphasize the importance of a good patient relationship employ elements of this technique, although sometimes in an intuitive way. Patients' narratives are more than mere stories where the facts are told one after another in a longitudinal and finite sequence; actually narratives go beyond our conventional clinical stories. In the narratives, the feelings behind the events are more important than the concrete events. Paying attention to the patients' stories, not only to what is communicated verbally, but also to what is transmitted between the lines, in a subliminal language, the professionals can help their patients to find solutions for difficult situations, solutions that the patients, when immersed in a universe of problems, can't see by themselves. This is the great challenge nowadays: learn how to practice medicine as Science and as an Art!

**AS EXPECTATIVAS DOS ESTUDANTES DE MEDICINA EM RELAÇÃO À** 25  
**MEDICINA DE FAMÍLIA** (*MEDICAL STUDENTS' EXPECTATIONS RELATED TO FAMILY*  
*MEDICINE*)

*Roncoletta A, Bustos- Saldaña R, Caballero-Rendón J.*

The proposal of workshop carried through in the IX congress of Family Medicine with medical students, was to evaluate which are the real expectations of these students about Family Medicine. The main goals aim to evaluate three important questions. The first one, to know if the medical students really knows what is Family Medicine; the second one, if they consider as a specialty, with specific issues; and finally, to appraise the real interest the students have to be a family physician as their future career choice. The Workshop run in a interactive way, the medical students were deeply involved and had the opportunity to inquire and clarify doubts, and to share their reflections related to the Family Medicine option. The teachers facilitated the students' involvement as observing participators. The discussion brings up family medicine identity as one of the main issues. This include not just the attendants' opinion but the usual consensus medical students have regarding family medicine in the several cultures, as an "informal curriculum". This is what really matters, as reflect the real perspectives medical students have, and to promote family medicine among them we need to know what they really think and expect about the specialty.

**AS ATIVIDADES DA SOBRAMFA: VARIAÇÕES EDUCACIONAIS NA** 31  
**PROCURA DA EXCELÊNCIA** (*SOBRAMFA'S ACTIVITIES – SEVERAL EDUCATIONAL*  
*SCENARIOS SEARCHING FOR EXCELLENCE*)

*Janaudis MA.*

The activities of SOBRAMFA – Brazilian Society of Family Medicine - are here presented framed in a journalistic report, in which the several fields of Sobramfa's action are visited: student learning scenario, resident-training programs, doctors in CME, and the Family Medicine professors teaching environment. The SOBRAMFA directors are invited, one by one, to interact with the attendance to explain each program. Educational activities aim to incorporate the principles of Family Medicine as an Academic Discipline. That is the most important SOBRAMFA's goal: to be a respected and competent Family Medicine Professors School. Finally, it was presented APAMEFA – Pan American Academic Association for Family Medicine – just founded in a meeting during the IX Sobramfa Meeting, with 15 attendants, real leaderships in their own countries. The Act of Constitution of APAMEFA was signed during the meeting and the Association gained strength, decided about the goals and paths needed to foster Family Medicine as an Academic Discipline throughout the American continent.

**REFLEXÕES SOBRE O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA** 35  
**DE FAMÍLIA COMO O PROGRAMA *FITNESS* MUDOU MINHA VIDA?** (REFLEXIONS  
ABOUT FAMILY MEDICINE RESIDENCE PROGRAM. HOW *FITNESS* PROGRAM CHANGE MY  
LIFE?)

*Leoto RF, Pinheiro TRP, G. de Castro A, Levites MR.*

The Fitness Program is the Family Medicine Residency Program run by Sobramfa. Reflections gathered here were provided by the residents –fitness fellows- during the IX Sobramfa Meeting in order to an informal appraisal of the Fitness Program. The residents stress, the simultaneous learning of clinical skills and competencies with the professional development as the most important accomplishment in their training. Taking care of patients in the real world and being satisfied and happy as family doctors, growing up in a familiar learning scenario, in which fostering reflection, updating knowledge and lifelong learning with personal supervision are quoted as standards of excellence.

**PROMOVIENDO LA EDUCACIÓN, APOYANDO NUEVOS LIDERAZGOS** 39  
(PROMOTING EDUCATION , SUPPORTING LEADERSHIP. INTERNATIONAL FITNESS PROJECT)

*Levites MR, Moreto G.*

Aiming to promote educational values and to identify and support new Latin American leadership the APAMEFA (Pan-American Academic Association of Family Medicine) runs the International Fitness Program, which includes rotations and 4-8 week fellowship training for family medicine residents. With the International Fitness Program APAMEFA strengthens educational links and promote Latin America leadership for improving patient and community health in order to achieve the “health for All” accepted principle.

**COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA GRAVE** 41  
(CÂNCER) AO PACIENTE: QUEM? QUANDO? COMO? POR QUE?  
(CRITICAL ILLNESS (CÂNCER) DIAGNOSIS COMMUNICATION. TELLING TO THE PATIENT WHO, WHEN , HOW AND WHY?)

*Cavalcanti DR.*

Despite of development of science and health technology, cancer is still connected to death and physical and psychological pain. Culture and social level, sex and age are some factors that influence the impact of cancer diagnosis on patients. Should patient know all about all his disease? Are the physicians receiving adequate training in communicating bad news, social and psychological baseline to this delicate face of their profession? How to explain still today a patient get into mutilant surgery ignore his diagnosis and the possible results of the surgeon’s treatment choices? There are divergences related to the management information. Some physicians think that patient must know everything about his disease, and prognostic; others disclose the diagnosis eventually or just for relatives. Only two to four percent of patients refuse information about diagnosis, even so, until 1993, about 60% of Europeans gastroenterologists didn’t disclose the diagnosis, when patients didn’t ask. In spite of the advances on oncology, cancer clinicians do not receive routine in the psychosocial aspects of patient care such as how to communicate bad news or respond to patients who have unrealistic expectation of cure. The physicians depend on their own judgement in make decisions on when, who and how disclosure the cancer diagnosis. The communication skills are needed.



**MÓDULO RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE (PATIENT–CLINICIAN RELATIONSHIP MODULE) 45**

Graziela Moreto

**SPIRITUALITY AND MEDICINE (ESPIRITUALIDAD Y MEDICINA) 47**

Yong Lee

**APTITUD CLÍNICA SOBRE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN MÉDICOS FAMILIARES MEXICANOS (CLINICAL APTITUDE ABOUT FAMILY DYSFUNCTION IN MEXICAN FAMILY PHYSICIANS) 49**

Cabrera Pivaral C.

**CONHECENDO E RESPONDENDO AO SOFRIMENTO HUMANO NA SITUAÇÃO DE DOENÇA: A EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM (HUMAN SUFFERING: AN EXPERIENCE OF NURSE'S STUDENTS) 51**

Mendes AM, Angelo M.

**FAMILY MEDICINE IN HONDURAS: INITIAL CONSULTATION REPORT (LA MEDICINA FAMILIAR EN HONDURAS: REPORTE INICIAL DE CONSULTA) 55**

Sevilla J, McKeag D, Kiovisky R.

La Medicina de Familia es un nuevo concepto en Honduras donde la Universidad Nacional Autónoma de Honduras ( U.N.A.H ) es responsable de la educación de profesionales de la salud tanto a nivel de pre grado como de pos grado. La educación medica de post grado depende directamente de la dirección general de estudios de post grado. La mayoría de graduados de la escuela de medicina se dedican a la práctica de la medicina general y un número reducido obtiene acceso a educación médica de post grado en el Hospital Escuela y en el extranjero. Actualmente hay siete médicos de familia en Honduras. Ninguno esta envuelto en academia pero algunos tienen interés en desarrollo de programas y participación en academia en el futuro. Dos iniciativas previas para el desarrollo de un programa de residencia en medicina de familia en Honduras no fueron logradas. Las razones expuestas para que estas iniciativas no fueran exitosas incluyen falta de recursos financieros, insuficiente información presentada a las autoridades de educación pertinentes así como un sistema no listo para la innovación. Este artículo resume el proceso inicial de consulta para el desarrollo de un programa de residencia en medicina de familia dirigido por el departamento de Medicina de Familia de la escuela de medicina de la Universidad de Indiana.

**LA NARRATIVA DEL PACIENTE COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA (PATIENT'S NARRATIVE AS A THERAPEUTIC TOOL)** 59

Ramírez Villaseñor I.

Patients may be seen for years without truly knowing their life history even when being aware of the history of their sicknesses. An on-time and a high medical-quality service may be provided without realizing what the fears, joys and other feelings of our patients are. A preventive health program may be adequately fulfilled without knowing the person. The same could happen in a familiar dimension. Only medicine centered in the person accomplishes these tasks and simultaneously gets to know the emotional history of the patient – his/ her fears, goals, wishes, etc. Narrative is the doorway for entering this process which does not end until the very doctor-patient relationship ceases. Certain techniques and will from both parts is needed so that the narrative of the patient's life becomes a therapeutic tool itself. When making good use of the patient's narrative to comprehend and accept his/her emotions the physician becomes- in Michel Balint's words- the best drug.

**PATIENT'S NARRATIVE AS A THERAPEUTIC TOOL (LA NARRATIVA DEL PACIENTE COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA)** 67

*Ramírez Villaseñor I.*

Se puede “dar consulta” por años a un paciente sin conocer su historia de vida a pesar de conocer la historia de sus enfermedades. Se puede “dar un servicio” puntual y de buena calidad técnico-médica sin saber cuales son los temores, alegrías y demás sentimientos de nuestros pacientes. Se puede cumplir adecuadamente con un programa preventivo de salud sin conocer a la persona. Lo mismo podría ocurrir en la dimensión familiar. Sólo la medicina centrada en la persona cumple con las tareas anteriores y al mismo tiempo conoce su historia emocional –sus temores, aspiraciones, deseos etcétera-. La narrativa es la puerta de entrada en este proceso, que no termina sino hasta que la relación médico-paciente cesa. Para que la narrativa de vida del paciente se convierta en herramienta terapéutica se requiere de ciertas técnicas y disposición de ambas partes. Cuando se aprovecha la narrativa del paciente para comprender y aceptar sus emociones el médico se convierte –en palabras de Michel Balint- en el mejor medicamento.

**COPC IN FAMILY MEDICINE RESIDENCIES: A LITERATURE REVIEW (COPC EN RESIDENCIAS DE LA MEDICINA DE LA FAMILIA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA)** 77

*Dobbie A, Kelly PJ, Sylvia E, Freeman J.*

**COPC EN RESIDENCIAS DE MEDICINA FAMILIAR: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA (COPC IN FAMILY MEDICINE RESIDENCIES: A LITERATURE REVIEW)** 81

*Dobbie A, Kelly P, Sylvia E, Freeman J.*

**USING THE ACGME CORE COMPETENCIES TO ASSESS FAMILY MEDICINE RESIDENTS (EL USO DEL ACGME COMPETENCIAS OBLIGATORIAS PARA EVALUAR A LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR)** 85

*Tysinger J.*

*La certificación por El Consejo de la Acreditación sobre Educación Médica Posgraduada (ACGME) es solicitada a los residentes de medicina familiar y a los residentes de todas las especialidades médicas en los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU). La evaluación se realiza fundamentalmente por medio de seis principales categorías referidas como "Competencias obligatorias" estas competencias han sido propuestas como marco de referencia en las escuelas de medicina sobre todo en cuanto a la enseñanza, evaluación de los residentes y la valoración de la excelencia de los programas de las propias escuelas. En consecuencia la ACGME requiere del desarrollo de una innovación curricular y la evaluación de métodos. Los programas de entrenamiento en la especialidad de medicina familiar de otros países podrían adaptar estas competencias obligatorias para enriquecer la enseñanza, desarrollar sus programas curriculares y evaluar integralmente sus programas de residencia.*

**PROPOSTA DO SISTEMA MÉDICO FAMILIAR NO MÉXICO: 1953-1971 ( A WORTHY OFFER TO FAMILY PRACTICE IN MEXICO: 1953-1971)** 93

*Irigoyen- Coria A , Morales-López H. Tradução a Português Salinas-Pasillas A.*

**ÍNDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR: PROPOSTA PARA UMA PREVISÃO PONDERADA (SIMPLIFIED INDEX OF FAMILY POVERTY: PROPOSAL FOR ITS RELIABLE (OR WEIGHTED) EVALUATION)** 97

*Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas R, Gómez-Clavelina F.*

# FOREWORD

## PRÓLOGO

The present volume starts the editorial work of Pan-American Association for Academia Family Medicine. We wish that the scientific articles published in *Pan-American Family Medicine Clinics* will be very useful for Family Physicians and particularly for professors on Family Medicine specialty of America and other latitudes.

The problematic that means the academic and scientific consolidation of Family Medicine Specialty is very similar among the countries of the American Continent. Family Medicine as an academic discipline must necessarily go through a reevaluation about the importance of research. As Bonal\* indicates, research is essential inside of a discipline since it gives the necessary independence to be accredited such as it is. It is necessary that contests to study and methodologies in research to use must aim to answer the research problems from parameters, boundaries of work and their own methodologies. Although many research methodologies are shared with other areas only within the Family Medicine could evaluate the contexts in the best way and avoid biases when the phenomena are observed from the perspective of other academic disciplines.

Family Medicine is in a progressive process and unstoppable, but rather slow in accordance with its incorporation in several schools of Medicine. Most of the Universities of Developed Countries have been incorporating Family Medicine in their teaching and academic structures. A good example have been set by the prestigious universities of Oxford and Cambridge, so they are the last universities of the United Kingdom to have incorporated Departments of Family Medicine. The family medicine in the USA is very illustrative where it started with one department in a school of medicine in 1969. Nowadays 126 schools of medicine exist and 115 department of family medicine (approximately 90%).

Pan-American Association for Academic Family Medicine without being an official association of universities including professors of several universities as the University National Autonomous of Mexico, University National Autonomous of Honduras, University of Guadalajara, University of Kansas, Indiana University, University of Texas (medical School at San Antonio) at the Brazilian Society of Family Medicine and the Latin-American Association of Teachers of Family Medicine who have been joint with the following purposes:

- To develop and strengthen Family Medicine as an academic discipline in the Continent of America.
- To promote an academic opening for the interchange of family physicians, residents, students and health professionals who show an interest and aptitude for the discipline.
- To identify and support leadership for progress of Family Medicine as an academic discipline in the countries where the members of PAAFM are from.
- To promote the spread of knowledge on Family Medicine.

- To integrate with analogous international organizations the promotion of the global health.

The members of APAMEFA who signed the constitutive minute in the city Embu das Artes Sao Paulo, Brazil on the July 9<sup>th</sup>, 2005 during the meeting of the IX International Academic Congress of Family Medicine from the Brazilian Society of Family Medicine (SOBRAMFA) were:

- 1) Pablo González Blasco ( *Brazil* )
- 2) Graziela Moreto ( *Brazil* )
- 3) Marco Aurélio Janaudis ( *Brazil* )
- 4) Marcelo Rozenfeld Levites ( *Brazil* )
- 5) Roberto Ferreira Leoto ( *Brazil* )
- 6) Maria Auxiliadora Craice de Benedetto ( *Brazil* )
- 7) Rafael Bustos Saldaña ( *México* )
- 8) Carlos Enrique Cabrera Pivaral ( *México* )
- 9) Javier Caballero Rendon ( *Bolivia* )
- 10) Ismael Ramirez Villaseñor ( *México* )
- 11) Patrick Thomas Dowling ( *USA* )
- 12) Arnulfo Emanuel Irigoyen Coria ( *México* )
- 13) Javier Francisco Sevilla Mártir ( *Honduras* )
- 14) Joshua Freeman ( *USA* )
- 15) Mark K. Huntington ( *USA* )

The first volume of Pan-American Family Medicine Clinics exposes the works presented in the IX International Academic Congress of Family Medicine promoted by SOBRAMFA which gave the opportunity to carry out a joint reflection, sincere and vital on the charge of leadership in Family Medicine from an educational dimension and in the perspective on a reflection of life.

In future it's expected to make one or two volumes a year of the Pan-American Family Medicine Clinics which have to be spread not only by printed but also through internet and to have as common denominator Family Medicine, family physicians training and subjects related with primary health care.

*Arnulfo Irigoyen-Coria MD, Pablo González-Blasco PhD y Silvia Janaudis*

## PRÓLOGO

### FOREWORD

Com o presente volume se inicia o trabalho editorial da Associação Acadêmica Panamericana de Medicina de Família. Desejamos que os artigos científicos que se publiquem na *Pan-American Family Medicine Clinics* sejam de utilidade para os médicos de família e de maneira muito especial para os professores da especialidade medicina de família do continente americano e outras latitudes.

A problemática que significa a consolidação acadêmica e científica da Medicina de Família é muito similar entre os países do continente americano. A Medicina de Família como disciplina acadêmica deve passar necessariamente por uma revolução da importância da investigação e de uma permanente reflexão sobre seu corpo próprio de conhecimento que integra a docência da disciplina. Como assinala Bonal\*, a pesquisa é indispensável dentro de uma disciplina, já que outorga a independência necessária para creditá-la como tal. É preciso que os conteúdos a serem estudados e as metodologias de pesquisa a serem utilizadas tenham como objetivo dar respostas aos problemas investigados desde parâmetros, âmbitos de trabalho e metodologias próprias. Muitas metodologias de pesquisa são compartilhadas com outras áreas, mas somente dentro da Medicina de Família se poderá valorizar os contextos de maneira adequada para evitar vieses que surgiriam quando se observam os fenômenos da perspectiva de outras disciplinas acadêmicas.

A Medicina de Família se encontra num processo de progressão notável, porém demasiado lento, no relativo à incorporação como disciplina própria nas diversas faculdades de medicina. A maioria das universidades dos países desenvolvidos tem incorporado a Medicina de Família dentro de suas estruturas docentes e acadêmicas. Um bom exemplo são as prestigiadas Universidades de Oxford e Cambridge ao serem as últimas universidades do reino Unido a incorporarem os departamentos de Medicina de Família. Muito elucidativa é também a história da Medicina de Família em USA, onde iniciou-se o primeiro departamento numa faculdade de medicina em 1969, e atualmente, das 126 escolas médicas, 115 contam com departamentos de Medicina de Família (por tanto, mais do 90%)

A Associação Pan-Americana Acadêmica de Medicina de Família – sem ser uma associação oficial de universidades – inclui em seu quadro professores de diversas universidades como a Universidade Nacional Autônoma do México, Universidade Nacional Autônoma de Honduras, Universidade de Guadalajara, Universidade do Kansas, Universidade de Indiana, Universidade do Texas (Centro Médico de San Antonio) e membros da Sociedade Brasileira de Medicina de Família – SOBRAMFA – e da Associação Latino-Americana de Professores de Medicina de Família que se reuniram com os seguintes propósitos:

1. Desenvolver e Fortalecer a Medicina de Família como Disciplina Acadêmica no continente americano.
2. Fomentar um espaço acadêmico para o Intercâmbio de Médicos de Família, Residentes, Estudantes e Profissionais da Saúde que demonstrem interesse e aptidão pela disciplina.
3. Identificar e apoiar lideranças que possam colaborar para o progresso sólido da Medicina de Família como disciplina acadêmica nos seus respectivos países.
4. Promover a difusão do conhecimento em Medicina de Família.
5. Interagir com organizações internacionais análogas com vista à promoção da saúde global.

Os membros que assinaram a ATA CONSTITUTIVA na cidade de Embu das Artes, São Paulo, Brasil, em 9 de Julho de 2005, durante o IX CONGRESSO ACADÊMICO E INTERNACIONAL DE MEDICINA DE FAMÍLIA da SOBRAMFA – Sociedade Brasileira de Medicina de Família, foram os seguintes:

- 1) Pablo González Blasco (Brasil)
- 2) Graziela Moreto (Brasil)
- 3) Marco Aurélio Janaudis ( Brasil )
- 4) Marcelo Rozenfeld Levites ( Brasil )
- 5) Roberto Ferreira Leoto ( Brasil )
- 6) Maria Auxiliadora Craice de Benedetto ( Brasil )
- 7) Rafael Bustos Saldaña ( México )
- 8) Carlos Enrique Cabrera Pivara ( México )
- 9) Javier Caballero Rendon ( Bolívia )
- 10) Ismael Ramirez Villaseñor ( México )
- 11) Patrick Thomas Dowling ( USA )
- 12) Arnulfo Emanuel Irigoyen Coria( México )
- 13) Javier Francisco Sevilla Mártir ( Honduras )
- 14) Joshua Freeman ( USA )
- 15) Mark K. Huntington ( USA )

O primeiro volume de *Pan-American Family Medicine Clinics* aborda os trabalhos apresentados no IX Congresso Acadêmico Internacional de Medicina de Família, promovido pela SOBRAMFA – Sociedade Brasileira de Medicina de Família – o qual nos brindou com a oportunidade de realizarmos uma reflexão conjunta, sincera e vital, sobre o papel das Lideranças em Medicina de Família desde sua dimensão educacional e sobre a perspectiva de uma reflexão de vida.

No futuro espera-se produzir um ou dois volumes anuais de *Pan-American Family Medicine Clinics* que tenham difusão não somente impressa mas também através da internet e que tenham como denominador comum à medicina de família, a essência da medicina de família e temas vinculados com a atenção primária a saúde.

*Arnulfo Irigoyen-Coria MD, Pablo González-Blasco PhD y Silvia Janaudis*

[www.semfyce.es/es/actividades/publicaciones/documentos-semfyc/docum010.html](http://www.semfyce.es/es/actividades/publicaciones/documentos-semfyc/docum010.html).

## PRÓLOGO

### FOREWORD

Con el presente volumen se inicia la labor editorial de la Asociación Académica Panamericana de Medicina Familiar (Pan-American Association for Academic Family Medicine), deseamos que los trabajos que se lleguen a publicar sean de utilidad para los médicos familiares y de manera muy especial para los profesores de la especialidad en medicina familiar del continente americano y de otras latitudes.

La problemática que significa la consolidación académica y científica de la especialidad en medicina familiar es muy similar en los diversos países. La medicina familiar como disciplina académica atraviesa necesariamente por una revaloración de la importancia de la investigación. Como señala Bonal\*, la investigación es indispensable dentro de una disciplina, ya que le otorga la independencia necesaria para acreditarse como tal. Es preciso que los contenidos a estudiar y las metodologías de investigación a utilizar tengan como objetivo dar respuesta a los problemas investigados desde parámetros, ámbitos de trabajo y metodologías propias. Aunque muchas metodologías de investigación son compartidas con otras áreas, sólo desde dentro de la Medicina Familiar se podrán valorar los contextos de manera óptima y evitar sesgos al observar los fenómenos desde la perspectiva de otras disciplinas académicas.

De acuerdo con los documentos de la Sociedad Española de Medicina de Familia, Semyf\* la Medicina Familiar se encuentra en un proceso progresivo e imparable, pero demasiado lento, en cuanto a su incorporación en las diversas facultades de medicina. La mayoría de las universidades de los países desarrollados han ido incorporando a la Medicina Familiar dentro de sus estructuras docentes y académicas. Un buen ejemplo lo constituyen las prestigiadas universidades de Oxford y Cambridge al ser las últimas universidades del Reino Unido en incorporar departamentos de medicina familiar. Muy ilustrativa es la historia de la medicina familiar en los EEUU donde inició con un departamento en una facultad de medicina en el año de 1969. Actualmente existen 126 escuelas de medicina con 115 departamentos (aproximadamente 90%).

La Asociación Académica Panamericana de Medicina Familiar -sin ser una asociación oficial de universidades- incluye en su seno a profesores de diversas universidades como la Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Universidad de Guadalajara, University of Kansas, Indiana University, University of Texas (Medical School at San Antonio) y miembros de la Brazilian Society of Family Medicine, Latin-American Association of Teachers of Family Medicine que se han reunido con los siguientes propósitos:

- Desarrollar y fortalecer a la medicina familiar como disciplina académica en el continente americano.
- Fomentar un espacio académico para el intercambio de médicos de familia, residentes, estudiantes y profesionales de la salud que demuestren interés y aptitud para la disciplina.
- Identificar y apoyar liderazgos para el progreso de la medicina familiar como disciplina



académica en los países de donde proceden los miembros de la (PAAFm).

- Promover la difusión de conocimientos sobre la medicina familiar.
- Integrar con organizaciones internacionales análogas la promoción de la salud global.

Los miembros que signaron el acta constitutiva de la APAMEFA en la ciudad Embu das Artes, São Paulo, Brasil, el 9 de Julio de 2005, durante la celebración del IX CONGRESO ACADÉMICO INTERNACIONAL DE MEDICINA DE FAMILIA de la Sociedade Brasileira de Medicina de Família, fueron los siguientes:

- 16) Pablo González Blasco ( *Brasil* )
- 17) Graziela Moreto ( *Brasil* )
- 18) Marco Aurélio Janaudis ( *Brasil* )
- 19) Marcelo Rozenfeld Levites ( *Brasil* )
- 20) Roberto Ferreira Leoto ( *Brasil* )
- 21) Maria Auxiliadora Craice de Benedetto ( *Brasil* )
- 22) Rafael Bustos Saldaña ( *México* )
- 23) Carlos Enrique Cabrera Pivaral ( *México* )
- 24) Javier Caballero Rendon ( *Bolivia* )
- 25) Ismael Ramirez Villaseñor ( *México* )
- 26) Patrick Thomas Dowling ( *USA* )
- 27) Arnulfo Emanuel Irigoyen Coria( *México* )
- 28) Javier Francisco Sevilla Mártir ( *Honduras* )
- 29) Joshua Freeman ( *USA* )
- 30) Mark K. Huntington ( *USA* )

El primer volumen de las **Pan-American Family Medicine Clinics** abordan los trabajos presentados en el IX Congreso Académico Internacional de Medicina de Familia, promovido por SOBRAMFA- Sociedad Brasileira de Medicina de Familia, el cual brindó la oportunidad de realizar una reflexión conjunta, sincera y vital, sobre el papel del Liderazgo en medicina familiar desde una dimensión educacional y sobre la base desde la perspectiva de una reflexión vital.

A futuro se espera producir uno o dos volúmenes anuales de las **Pan-American Family Medicine Clinics** -sobre diversos tópicos- que tengan como común denominador la medicina familiar, la enseñanza de la medicina familiar y temas vinculados con la atención primaria a la salud.

*Arnulfo Irigoyen-Coria MD, Pablo González-Blasco PhD y Silvia Janaudis*

## PROMOVIENDO LIDERAZGOS EN MEDICINA DE FAMILIA: UNA REFLEXIÓN VITAL

### UNITING LEADERSHIP IN THE CARE PROFESSION: A VITAL REFLECTION

González-Blasco P.

\* *Doctor en Medicina. Fundador y Director Científico de la SOBRAMFA- Sociedade Brasileira de Medicina de Família. [www.sobramfa.com.br](http://www.sobramfa.com.br). Email : [pablogb@sobramfa.com.br](mailto:pablogb@sobramfa.com.br).*

#### Abstract

*The introspective approach adopted by Family Medicine, although is not exclusive of this specialty, is its strength. The philosophical professional – the reflective practitioner – of family medicine attempts to integrate medical knowledge, care for people, and development of leaders with true wisdom. When you attempt to turn wrongs into rights, remember that reformation begins first and foremost within. To fight for an ideal without self-examination is perilous! Our goal is to establish leadership, pursue excellence in education, and provide viable role models. To achieve this goal, we must contend with what, at first, appear to be competing demands: On the one hand, there is the ethereal realm of principles, vision, motivation, and inward enrichment. On the other the pragmatic considerations of caring, daily routine, consistency, and making a measurable difference in people's lives. On closer inspection, however, these spheres are intimately related, with each one encompassing the other, like two faces of the same coin. It requires constant vigilance to strike this difficult yet necessary balance to attain practical idealism, in the day by day construction.*

El tema del IX Congreso Académico Internacional de Medicina de Familia, promovido por SOBRAMFA- Sociedad Brasileña de Medicina de Familia, nos brinda la oportunidad de una reflexión conjunta, sincera y vital, sobre el papel del Liderazgo y la Vocación para Cuidar, que la dimensión educacional de la Medicina de Familia lleva consigo. Las presentes son reflexiones en voz alta, que se asemejan a las pinceladas de un cuadro impresionista, donde las imágenes surgen al compás de las propias reflexiones, de las de cada uno, resaltando aspectos, destacando perfiles, de acuerdo con las necesidades que nos acometen y con las descubiertas con que cada cual se depara.

No son, por tanto, las consideraciones que hacemos a seguir, una especie de “guía para la buena reflexión”, sino solamente una provocación, como una pista que permite al avión de cada uno, despegar y establecer el rumbo personal. Pinceladas, manchas quizá del paisaje impresionista que, con la distancia y perspectiva adecuada asumen los contornos peculiares para cada ser humano. Eso es la reflexión vital: construir una perspectiva de vida.

## **Cuidar: Una perspectiva Filosófica**

Ortega y Gasset <sup>1</sup> advierte que la palabra *cuidar* tiene su origen etimológica en la expresión *curare*, que implica ocuparse, estar atento, preocuparse por algo o por alguien. La curiosidad también nace de la misma raíz y aunque originalmente significaba la atención y el esmero, la acepción popular es la de quien se ocupa sin estar atento, sin en el fondo importarse. Se ocupa por diletantismo y parásita la vida de los otros. Así, la incuria, es falta de cuidado, y la seguridad *securitas* implica no tomar cuidado pues se está cierto del resultado. Lo que nos interesa de todo esto es claro: el origen común de los cuidados y de la cura y la atención que supone. Una atención que implica no dar nada por sabido, mantener el deseo de conocer, invocar a los clásicos en su “solo sé que no se nada”, y convencerse que para curar hay que estar atentos, con verdaderos deseos de cuidar.

Las reflexiones que aquí se pretende provocar deben ser vitales, esto es, salir del plano teórico para llegar capilarmente hasta la acción, dando forma a la vida, transformándola. Y es que la reflexión teórica –que con tanta frecuencia ocupa a los que se llaman académicos, y la mayor parte de las veces no lo son- es cómoda, hecha a medida. Pero, en el decir de Ortega, “la vida es trato agradable o desagradable con las cosas”. Y nos advierte: “si todas las cosas nos fuesen dóciles, si en nuestra vida no hubiese faltas, no nos pararíamos a pensar en el ser de nada.” Y añade: “Tenemos en cada instante que decidir lo que vamos a hacer, lo que vamos a ser en el instante inmediato. Si fuésemos eternos, esto no nos angustiaría... pero nuestros instantes son contados. El hombre tiene que acertar en su vida y en cada momento de ella”.<sup>1</sup> El poeta portugués, Fernando Pessoa <sup>2</sup>, sintetiza la misma idea con precisión. “*A vida é terra, e vivê-la é lodo/ Tudo é maneira, diferença ou modo./ Em tudo quanto faças sê só tu/ Em tudo quanto faças sê tu todo*”. (La vida es tierra y en el vivirla se hace lodo. Todo es manera, diferencia o modo. En todo cuanto hagas se solamente tu. En todo cuanto hagas se tu por completo).

El ideal del cuidar y de arrastrar a otros para que lo hagan, multiplicando el modelo con un liderazgo que entusiasme, se difuminan cuando, en la rutina diaria, se quieren poner en práctica. Del dicho al hecho hay un trecho, reza el refrán castellano. Y la teoría que es tierra buena y fértil, se convierte en fango con las lluvias de las dificultades, y el pisoteo descuidado que lleva consigo la limitación del ser humano, que está, en verdad, repleto de buenas intenciones. Se trata de dar un giro vital y entender que las dificultades, los tropiezos prácticos de los ideales magníficos -de los sueños que surgen en encuentros académicos como el presente- son una necesidad que obliga a mantener viva la reflexión, que actualiza la decisión y la hace consciente, sin dejarse llevar por la malsana comodidad del “piloto automático”, de la rutina de hacer las cosas como siempre. Aquí estriba la verdadera rutina, que no es ocuparse en las cosas de siempre, sino en hacerlas *como siempre*.

Cabe aquí una consideración publicada por un académico de la medicina de familia, hace algunos años <sup>3</sup>. Cuenta en su ensayo la historia de un filósofo inglés que dejó gravado un recado peculiar en su contestador automático. Cuando alguien llamaba a su casa y no le encontraba, el contestador respondía “Esto no es un contestador, sino un ‘preguntador’”.

¿Quién eres tú y qué quieres de ti? “. Naturalmente la perplejidad seguía a semejante interrogatorio inesperado. Algunos segundos después la grabación continuaba: “Si piensas que estos asuntos son sencillos, es bueno saber que la mayor parte de las personas viene a este mundo y lo deja sin responderlas”. Las dificultades que se encuentran en la práctica son, pues, una variante de la “*Questioning Machine*” que provoca y mantiene viva la actitud reflexiva, elemento imprescindible para quien se propone cuidar y formar liderazgos. *El texto original, que tiene su peculiar fuerza de expresión es el siguiente: “This is not an answering machine; it’s a questioning machine. Who are you, and what do you want?” The recording then continues “In case you think these are trivial questions, most people come to this earth and leave it again without answering either one.”*

### Las virtudes del Cuidado

La filosofía clásica nos enseña que las virtudes son hábitos y como tal, se adquieren por repetición de actos. Virtud es disposición habitual, una especie de “forma física” del alma, que facilita el querer y el decidir. Cuando se es virtuoso –y eso lo notamos en los artistas y en los deportistas- todo parece “más fácil”, y de hecho, lo es, una vez conquistada la virtud. Lo que cuesta y requiere invertir tiempo y esfuerzo es justamente conquistarla con los actos que se suceden, como piedras de una construcción. La omisión de una piedra –de un acto- es algo aparentemente sin importancia comparado con la envergadura del conjunto; pero la suma de los pocos –piedras y actos- es lo que hace aparecer el monumento. Así, la virtud no es algo esporádico, mismo que sea heroico, sino lo habitual que se incorpora a modo de segunda naturaleza, como dirían los clásicos. Adquirir las virtudes propias del cuidar, que como veremos están íntimamente relacionadas con las virtudes del formador de líderes, requiere repetición de actos hasta cristalizar en hábitos. Y una repetición que debe ser conciente, presidida por la reflexión.

La Medicina es Ciencia y Arte, y como tal debe ser enseñada, aprendida y practicada. La dimensión científica de la medicina, de carácter eminentemente técnico, implica dominar conocimientos y habilidades peculiares, para lo que el entrenamiento y la práctica son imprescindibles, como lo es el proceso de adquisición de conocimientos y el estudio actualizado del progreso científico. La dimensión artística, mucho más amplia, abraza y envuelve la técnica -las evidencias por utilizar un lenguaje actual- para hacerlas llegar hasta las personas y situaciones concretas, adaptarlas a medida, tornarlas eficaces y vehículo real de cuidado. Para enseñar y aprender el arte médico es necesario algo más que el sencillo entrenamiento: se requiere verdadera educación, actitudes que faciliten postura, creación, empatía y atención verdadera. Se requiere una genuina educación en las virtudes del cuidado, para formar médicos que sean técnicos y artistas al mismo tiempo, profesionales bifocales que integren el progreso técnico y las mejores evidencias con las necesidades y posibilidades de cada ser humano que es confiado a sus cuidados.

La validación de los conocimientos técnicos es susceptible de mayor objetividad y de medidas pedagógicamente consagradas. El arte médico, por situarse en un espacio más

amplio, transparente, menos nítido, aunque igualmente importante, es de más difícil validación. Es justamente en ese universo de cualidades, en que las medidas cuantitativas objetivas son insuficientes para certificar la excelencia del proceso educacional, donde circulan el Liderazgo y el Cuidado. Un espacio que es difuminado, atmosférico, difícil de mensurar pero que por ser “climatológico” y envolvente es lo que determina la posibilidad de crecimiento vital. Las reflexiones en voz alta sobre las virtudes del cuidado, son los rasgos impresionistas que ayudan a perfilar el paisaje del arte médica que nos ocupa.

## **Generosidad y Dedicación**

Podría parecer superfluo hablar de generosidad, como virtud necesaria para el cuidado. Quien se propone cuidar y hacer del cuidado misión de vida debe, de algún modo tener claro, que la generosidad y donación en sus acciones será su constante interlocutor. Sin embargo, la experiencia de la vida y las distracciones del ser humano nos advierten que insistir en lo que parece obvio es necesario. Y aquí, como ya advertimos, el problema radica en la práctica, en la generosidad “en este momento, con esta persona, en esta circunstancia”. La generosidad teórica no suele ser problema; pero las cosas se ven diferentes cuando la donación implica compromiso. Con acierto comentaba Rocco Buttiglione, pensador italiano, en entrevista a la prensa (1993); “Defendemos los valores siempre y cuando no nos quiten nada a nosotros ni nos molesten demasiado. Cuando la defensa de un valor implica compromiso personal siempre encontramos motivos para no hacerlo”

Se entiende la paradoja tremenda de que el médico, rodeado de pacientes, no esté de hecho “con sus pacientes” y que estos se sientan solos. “La soledad persigue al hombre, como la sombra a su cuerpo. La más patógena de las soledades es la soledad de dos en compañía, que procede del desamor”<sup>4</sup> Para acompañar generosamente al enfermo no basta estar a su lado físicamente; y el enfermo, acrisolado como está por el dolor, percibe la lejanía anímica a pesar de la proximidad física.

Al hombre, y más el médico que en teoría entiende su vida como dedicación, no le resulta confortable el egoísmo directo y frontal. El animal social necesita, por naturaleza dedicar su afecto a otros y se buscan, aun inconscientemente, salidas que permitan saciar esta necesidad. Claro, que las solicitudes mejores suelen ser las que no complican la vida. Por eso, el amor acaba dedicándose a los que están lejos –que no tienen como apelar ni exigir- quitándolo de los que tenemos al lado. Con ironía comentaba Chesterton que lo bueno de un viaje a Venecia era el encanto de los venecianos entre los canales, sobre todo porque uno es turista y regresa a su tierra. Otra cosa muy diferente es tener que aguantar al vecino que toca clarinete y del cual no podemos librarnos fácilmente. La ironía de Chesterton se transforma en la cruel crítica de Nietzsche para expresar lo mismo: “El amor generoso a los que están lejos es muchas veces la transformación del odio a los que tenemos cerca”.

El médico, que con la falta de dedicación es responsable por la soledad de sus pacientes, acaba sucumbiendo a la propia. Y es que la soledad suele venir cuando lo que se tiene en común con los demás, que debía predominar, queda ofuscado o relegado por algo que se hace propio y exclusivo; cuando se pretenden en primer término objetivos puramente personales. Nos aislamos de los demás en la medida en que compartimos menos afanes con ellos, en la medida en que nuestra vida se polariza en una dirección que les es ajena. Somos médicos porque hay enfermos que nos necesitan; si el médico pierde la razón y el por qué de su ser médico, se sentirá solo, y sembrará la soledad a su vuelta. Dedicación es concordia, *cum cordis*, corazón con corazón en el decir de Ortega, un conformarse con el objeto de atención. Egoísmo es soledad, desatención, discordia –un desentonar afectivamente y en todo con quien nos rodea.

### **Idealismo: saber soñar**

Las dificultades de que nos hablaba Ortega, nos centran en el mundo real. Para enfrentarlas y salir victorioso ayuda la consideración de V. Frankl, creador de la Logoterapia. “Vivir sin ninguna tensión es improductivo. Lo que el hombre necesita es una saludable dosis de tensión que le provoque en el ser las exigencia y solicitudes de un sentido”<sup>5</sup>.

El idealismo es parte integrante de la vocación de cuidar, y condición para formar líderes. Quien tiene proyectos es joven en el alma, hace planes, despliega sus energías hacia el futuro, y vive con intensidad el momento presente. Quien no tiene proyectos es un viejo de espíritu que decidió jubilar sus ilusiones. Comenta un autor con experiencia clínica: “La patria del hombre son sus ilusiones. La vida es anticipación y porvenir. El hombre es, sobre todo, futuro”<sup>6</sup>. Sin ilusiones, sin sueños, el hombre se vuelve un apátrida, un nómada, un paria de la profesión y arrastra en su desengaño a los pacientes que por infelicidad estén en su círculo de actuación.

En contexto diferente, pero con un sentido que podemos aplicar con analogía apropiada, el entonces Cardenal Ratzinger declaraba al entrevistador; “Los santos, todos, fueron hombres de fantasía, no funcionarios burocráticos. Fueron personajes profundamente obedientes y al mismo tiempo, hombres de gran originalidad e independencia personal. Necesitamos hoy en día más de santos que de funcionarios”<sup>7</sup> El comentario elogioso a la creatividad y a la fantasía, procedente de un intelectual alemán con amplia producción científica, hace pensar, y más cuando se la coloca como condición de santidad.

El idealismo presupone constancia, perseverancia en los ideales, no desistir. La advertencia cruda de Unamuno, nos habla de los que no tienen envergadura para ser idealistas porque “...hasta de las grandes ideas se enamoran sensualmente. Son incapaces de casar con una grande y pura idea y criar familia de ella; no hacen sino amontonarse con las ideas. Las toman de queridas, menos aún, tal vez de compañeras de una noche”<sup>8</sup>. La constancia no es virtud que predomine en el mundo actual, y la juventud, que se deja entusiasmar por los proyectos no aprende al mismo tiempo que para realizarlos tendrá que

colocar buenas dosis de esa virtud que brilla por su ausencia. La escritora italiana Susanna Tamaro nos relata la correspondencia de una joven que refleja esta insuficiencia. Anota: “Hace tiempo recibí una carta de una muchachita. Decía: yo quisiera ser escritora y llegar a ser famosa como usted. Pero dígame enseguida si se trata de un asunto largo y fatigoso porque de ser así cambio de rumbo”<sup>9</sup>.

### **Disposición de Servir: un rasgo de excelencia**

El servicio es condición indispensable para cuidar. Y en el binomio, cada vez más estrecho, de los cuidados y de la formación de liderazgos, la capacidad de servir surge como parámetro de excelencia. En líneas antológicas Ortega nos advierte que el servicio es virtud de líderes, que lo son justamente por que se exigen más que los demás, colocándose metas altas en su vida, destacándose por la exigencia consigo mismos. “El hombre que se impone a si mismo una disciplina más dura y unas exigencias mayores que las habituales en su contorno, se selecciona a sí mismo, se sitúa aparte y fuera de la gran masa indisciplinada donde los individuos viven sin tensión ni rigor, cómodamente apoyados en resacas. Por eso el lema decisivo de las antiguas aristocracias, forjadoras de nuestras naciones occidentales, fue el sublime *Noblesse oblige*. Nada se puede esperar de hombres que no sientan el orgullo de poseer más duras obligaciones que los demás. La nobleza en el hombre, como en su hermano mayor el animal, es, ante todo, un privilegio de obligaciones. El caballo de raza lo es, ante todo, porque tiene obligación de correr más que el vulgar o resistir más largamente”<sup>10</sup>.

El tema es constante en este pensador que, una vez y otra vuelve a él, con variaciones sobre el mismo tema. “Conforme se avanza por la existencia, va uno hartándose de advertir que la mayor parte de los hombres -y de las mujeres- son incapaces de otro esfuerzo que el estrictamente impuesto como reacción a una necesidad extrema. Por lo mismo, quedan más aislados y como monumentalizados en nuestra experiencia los poquísimos seres que hemos conocido capaces de esfuerzo espontáneo y lujoso. Son los hombres selectos, los nobles, los únicos activos y no sólo reactivos, para quien vivir es una perpetua tensión, un incesante entrenamiento. Entrenamiento: *askesis*. Son los ascetas”<sup>11</sup> (...) Y, en nueva variación añade: “La humanidad se divide en dos clases de criaturas: las que se exigen mucho y acumulan sobre sí mismas dificultades y deberes, y las que no se exigen nada de especial, sino que para ellas vivir es ser en cada instante lo que ya son, sin esfuerzo de perfección sobre sí mismas, incapaces de otro esfuerzo que el estrictamente impuesto por la necesidad. Nada espero del hombre satisfecho que no siente falta de algo además de sí mismo. Es la criatura selecta, y no el hombre masificado, quien vive para servir. La vida no tiene sabor sin servicio”<sup>11</sup>.

## Reflexión y Conocimiento Propio

Para cuidar de otros y liderar gentes, es preciso cuidar de uno mismo y recorrer el camino que libremente se establece como meta. Por eso, la reflexión humanista es condición indispensable para conquistar las competencias del cuidado. El carácter reflexivo de la Medicina de Familia, sin reclamar exclusividad para ella, es sin duda condición indispensable de competencia. El ejercicio filosófico de la profesión *-reflective practitioner-* que integra el conocimiento médico; con los cuidados y la formación de líderes conduce a la verdadera sabiduría. “Siempre que al crecer tengas ganas de cambiar las cosas erradas en ciertas, acuérdate de que la primera revolución a hacer es la que está dentro de nosotros. La primera y más importante. Luchar por un ideal sin tener noción de si mismo es una de las empresas más peligrosas en que alguien se podría embarcar”<sup>12</sup>. El consejo de la escritora italiana no es novedad, y lo encontramos en educadores y filósofos, y en todos los que destacándose por su sabiduría conocían la fuente de donde ella mana. “Sea cual fuere la extensión de tu saber, te faltaría siempre para alcanzar la plenitud de la sabiduría el conocimiento de ti mismo. No merece el nombre de sabio quien no lo es para si mismo”<sup>13</sup>.

## Amor a la Profesión y Entusiasmo

El enfermo necesita un médico que ame su trabajo como parte integrante de la relación terapéutica. Y aunque no sepa valorar el *curriculum* científico del profesional, tiene el paciente una especial facilidad, sensibilidad si se quiere, para descubrir la capacidad de entusiasmo que el médico almacena en su interior. En este punto las consideraciones de Gregorio Marañón, médico humanista e historiador, son de notable ayuda para la presente reflexión sobre las virtudes del cuidado. Refiriéndose a los médicos de antaño comenta: “Su sentido de la Medicina era más cordial, más humano que el nuestro. Aún no había desaparecido en ellos, bajo el farrago cientificista, el viejo médico familiar, notario, sacerdote, consejero y supremo tribunal en los pleitos más recónditos en cada casa. Acaso no sabían más que los que les sucedieron, pero es seguro que fueron mejores, y, en suma, hasta más sabios; porque nos hemos ido olvidando de que la sabiduría no es sólo saber las cosas, sino también amarlas”<sup>14</sup>.

Anotemos este importante recado de que la sabiduría está pautada por amar las cosas que se conocen. Un amor que lleva a tratar con respeto único la individualidad de cada paciente, de cada ser humano, para poder cuidarlo. Y aquí con ocasión de un comentario sobre los prólogos de los libros, establece Marañón una importante metáfora con el felpudo que se coloca a la entrada de los domicilios que tiene, en su opinión, una doble función. La de limpiar los pies, en primer lugar; y la de prepararse, con calma, para entrar en la intimidad ajena. Algo que grita contra la práctica médica en serie, reduciendo los enfermos a casos, a números, desnudándoles de todo y cualquier personalismo. “Como médico tuve que pisar por primera vez centenas de hogares desconocidos y nunca, lo puedo afirmar con seguridad, llamé a una puerta sin emoción. Cada casa es un mundo



diferente del mundo externo; y en cualquiera de ellas puede nuestra alma encontrar una nueva faceta para su vida y, tal vez, su destino. Siempre pensé esto mientras deslizaba los pies con unción, tuvieran o no barro, en la estera del umbral que nos prepara para la intimidad”<sup>15</sup>.

El entusiasmo por la profesión se traduce en dedicación y compromiso con el enfermo. El médico entiende que su vida es servicio y deseo de ayudar. Y, una vez más, el enfermo no es ajeno a este esfuerzo, o a la falta de él mismo. “El médico no debe trabajar sólo con el bisturí –yo carecía de él a veces- ni con el fonendoscopio –el mío se mantenía entero gracias al esparadrapo; el médico tiene que entregarse por completo al enfermo, a la medicina y a Dios. Cuando se da esa triple entrega es difícil que el enfermo muera. La voluntad de curar da a uno mismo y al enfermo calma, confianza, fuerza y deseos de sobreponerse. El médico acaba por amar apasionadamente su profesión: la Medicina”<sup>16</sup>.

Volvemos a Marañón, el camino que en sus obrar nos traza de las virtudes del cuidado son un reclamo a la excelencia, y se podría interpretar su exigencia como una crítica a la profesión. Él mismo nos aclara: “Sentiría mucho que alguien dedujese de lo dicho que soy irrespetuoso con la Medicina y que soy pesimista sobre su presente y su porvenir. Yo respeto a la Medicina porque la amo; y es el amor la fuente suprema del culto, en lo humano como en lo divino. Pero el amor es también, o debe ser también, crítica. Sólo cuando desmenuzamos en el objeto amado cuanto tiene de deleznable, acertamos a encontrar, allá en el fondo, lo que tiene de imperecedero. El que habla valientemente de los defectos de su patria es el mejor patriota, y el que extrema las censuras justas a su profesión, ese es el que la sirve con toda plenitud”<sup>17</sup>.

### **Cuidado y Liderazgos: la práctica del idealismo**

Las virtudes del cuidar y la formación de liderazgos caminan juntos. Esa es la conclusión a que fácilmente se llega después de este recorrido de reflexión. Las pinceladas del paisaje impresionista asumen rasgos variados de acuerdo con las perspectivas de cada uno. Pero -con independencia de los contornos- de seguro notamos como el cuidado y el liderazgo se perfilan lado a lado. Difícilmente un líder no cuida de los que tiene a su alrededor, y quien los atiende y los cuida, los cura, los conquista, y su espectro de acción se arrastra en sintonía con su cuidado, como una simiente fecunda en el campo del liderazgo.

De un lado, la construcción del liderazgo, la formación que busca la excelencia, la reproducción del modelo que no sólo se admira sino que es capaz de ser imitado. En este lado de la ecuación entran principios, visión, motivación, riqueza interior. En el otro lado se sitúa la dimensión del *Cuidar* que es práctica, rutina de lo cotidiano, filosofía de acción, y que lleva hacer la diferencia real en la vida de las personas. Ambos miembros de la ecuación se corresponden íntimamente. Uno es garantía y condición de la calidad del otro, como las dos caras de una moneda que, necesariamente, tienen el mismo valor de mercado. Un equilibrio difícil y necesario, un verdadero idealismo práctico que debe ser construido en el día a día. Apelamos, una vez más, para los pensadores que nos indican el

camino de la conquista de esta unidad de vida. “Pero yo te digo que cualquier oficio se vuelve filosofía, arte, poesía, invención; cuando el trabajador le da su vida, cuando no permite que esa vida se divida en dos mitades: una para el ideal, y otra para los quehaceres cotidianos, sino que convierte la tarea diaria y el ideal en una misma cosa que es, simultáneamente, obligación y libertad, estricta rutina e inspiración constantemente renovada”<sup>18</sup>.

## Referencias

1. Ortega y Gasset. Que es Conocimiento. Rev de Occidente em Alianza Editorial. Madrid. 1984
2. F. Pessoa. Mensagem. Nova Aguilar. Rio de Janeiro. 1976.
3. Bogdewic S. The questioning machine. FamMed 2002;32:670-2.
4. Cardona Pescador, J. Los miedos del Hombre. Rialp. Madrid. 1988.
5. Frankl, V. Psicoterapia e Sentido da Vida. Quadrante. São Paulo. 1973.
6. Rojas E. El hombre light. Ed. Temas de Hoy. Madrid. 1992.
7. JRatzinger/VMessori: Rapporto sulla fede. Societa' San Paolo. Milão. 1985
8. M.Unamuno. Vida de D. Quijote y Sancho”. Espasa Calpe. Madrid. 1975.
9. Tamaro S. Querida Mathilda. Seix Barral. Barcelona. 1998 pg. 54
10. Ortega y Gasset. Meditación del pueblo joven y otros ensayos sobre América. Revista de Occidente. en Alianza Editorial. Madrid. 1981.
11. Ortega y Gasset. La rebelión de las masas. Revista de Occidente em Alianza Editorial. Madrid. 1979.
12. Susanna Tamaro: .Va' Dove ti porta il cuore. Baldini. Milão. 1994.
13. Bernardo de Claraval.. *De Consideratione* II, 6. in Obras Completas. Vol II. BAC. Madrid. 1990.
14. Marañón, G. Mi homenaje a Francisco Huertas. in Obras Completas, vol III Espasa Calpe. Madrid, 1967
15. Marañón, G. Prólogo a mis prólogos. in Obras Completas, vol I Espasa Calpe. Madrid, 1967
16. Sanz Gadea, J. Un Médico en el Congo. Temas de Hoy. Madrid. 1998.
17. Marañón, G. La medicina y nuestro tiempo. Espasa Calpe. Madrid. 1954
18. D'Ors, E. Aprendizaje y Heroísmo. *Grandeza y servidumbre de la inteligencia*. (1914) Pamplona: Eunsu, 1973..



## COMPARTILHANDO HISTÓRIAS

### SHARING OUR STORIES

Craice De Benedetto MA.

*Diretora Sobramfa. Responsável pelo Programa Fitness Profissional (MBA em Medicina de Família). Coordenadora da Secção de Narrativas em Medicina de Família. E-mail: [macbet8@uol.com.br](mailto:macbet8@uol.com.br)*

*Narrative therapy is a psychotherapy technique created in Australia and New Zealand in 1980's. Family physicians and all health professionals who emphasize the importance of a good patient relationship employ elements of this technique, although sometimes in an intuitive way. Patients' narratives are more than mere stories where the facts are told one after another in a longitudinal and finite sequence; actually narratives go beyond our conventional clinical stories. In the narratives, the feelings behind the events are more important than the concrete events. Paying attention to the patients' stories, not only to what is communicated verbally, but also to what is transmitted between the lines, in a subliminal language, the professionals can help their patients to find solutions for difficult situations, solutions that the patients, when immersed in a universe of problems, can't see by themselves. Listening to patients' stories, even to trivial issues which are apparently unrelated to their clinical stories, produce a healing or palliative effect. The patients' narratives can acquire meaning, context and perspective regarding their difficult situations and can point to specific answers for their questions. May the health professional, by listening to patients' stories, demonstrate the same interest showed by Narizinho e Pedrinho when their grandmother told them stories! (Those characters belong to Monteiro Lobato's stories, a Brazilian writer very well known by children). Evidence-Based Medicine is high quality knowledge that leads to general rules. How those guides should be applied into particular context requires understanding of particular cases and peculiar adapting skills. As narratives deal with very particular issues –peoples' life- could be a helpful tool in learning that needed wisdom. This is the great challenge nowadays: learn how to practice medicine as Science and as an Art!*

Nos últimos anos, os Congressos organizados pela SOBRAMFA têm sido marcados por uma atividade inicial que ocorre antes mesmo de sua abertura oficial. Trata-se de uma sessão de narrativas, em que os participantes têm a oportunidade de falar acerca de histórias que proporcionaram aprendizado, tanto para profissionais de saúde quanto para seus pacientes. Nelas, a dimensão humana é valorizada em detrimento dos aspectos puramente técnicos. No IX CONGRESSO INTERNACIONAL E ACADÊMICO DA SOBRAMFA as narrativas foram enviadas com antecedência, tendo sido classificadas de acordo com seu tema predominante e agrupadas em categorias. Uma ou duas narrativas referentes a cada categoria foram apresentadas por seus autores em um ambiente descontraído, onde se foi possível desenvolver uma forte interação entre todos.

A terapia através de narrativas é uma técnica de psicoterapia que surgiu na Austrália e Nova Zelândia na década de 80. Certamente, não apenas os médicos de família, mas também todos os profissionais de saúde que valorizam a importância de um bom relacionamento com o paciente têm utilizado, de forma mais ou menos intuitiva, elementos desta técnica.

As narrativas dos pacientes são mais que simples histórias em que eventos se desdobram de forma finita e longitudinal e vão muito além, por exemplo, de nossa velha e conhecida HDA (História da Doença Atual). Nelas, os sentimentos por trás dos fatos adquirem maior importância que os próprios fatos. Atento às narrativas dos pacientes, não apenas ao que é comunicado verbalmente, mas também ao que é transmitido nas entrelinhas, de forma subliminar, o profissional pode enxergar saídas que o paciente, quando totalmente imerso em seu mar de problemas, não consegue ver sozinho. O simples fato de se prestar atenção àquelas conversas dos pacientes que aparentemente nada têm a ver com sua história clínica mostra, por si só, um efeito terapêutico ou paliativo.

*O cenário preparado para apresentação das narrativas foi baseado no universo concebido por Monteiro Lobato, autor brasileiro morto em 1948, cujo ponto alto foi a literatura infanto-juvenil. Monteiro Lobato criou dezenas de personagens inéditos e, inspirado pelas lendas indígenas e mitologia africana, fez ressurgir outros tantos de nosso folclore, desenvolvendo assim enredos que têm encantado várias gerações de crianças. Sua personagem, D. Benta, costuma contar histórias para seus netos Pedrinho e Narizinho, histórias fantásticas que comumente apontam em direção a possíveis soluções para seus impasses do dia-a-dia. As histórias de D. Benta sempre adquirem significado e se transformam em lições de vida.*

As narrativas dos pacientes também podem adquirir significado, contexto e perspectiva em relação à sua situação e podem apontar soluções. O ideal é que os profissionais de saúde as ouçam com o mesmo interesse demonstrado por Narizinho e Pedrinho pelas histórias de sua avó. As conclusões obtidas pela Medicina baseada em evidências permitem uma grande generalização ao mesmo tempo em que têm de ser aplicadas a um contexto particular. E para tal, necessitam ser adequadas. As narrativas dizem respeito a indivíduos e podem auxiliar nesse processo de adequação. Este talvez seja o grande desafio do momento. E vencê-lo significa praticar Medicina como Ciência e Arte.

As narrativas apresentadas foram agrupadas nas seguintes categorias:

## **1. ESCOLHAS**

O primeiro tema diz respeito a escolhas. Por que somos médicos de família ou profissionais interessados no assunto? De onde vem nossa vocação?

É fácil constatar que os interessados em Medicina de Família são em geral pessoas felizes, plenamente realizadas com o que fazem. Conservam um entusiasmo juvenil e não se deixam abater, não importa a idade que tenham atingido. Unem-se uns aos outros para

lutar por seus ideais e concretizar seus sonhos. Certamente, pessoas com determinadas características de personalidade são atraídas à Medicina de Família. Por outro lado, sempre acabamos por perceber que, depois de consumados os fatos mais importantes de nossas vidas, coincidências significativas e acontecimentos sincrônicos formam padrões inteligíveis a nos direcionar inexoravelmente para o ponto em que nos encontramos. E, portanto, permanece uma questão sem resposta: somos nós mesmos que escolhemos ou fomos escolhidos? Sobre “escolhas” temos as narrativas de Shirley Cifuentes e de Pablo González Blasco.

## **2. APRENDENDO A OUVIR OS PACIENTES**

Thais Troll, uma estudante de terceiro ano de Medicina, conseguiu perceber, natural e intuitivamente, o óbvio, que, no entanto, parece ter sido esquecido ou talvez nunca apreendido por profissionais que atingiram uma grande erudição acadêmica. Com suas histórias, Thais demonstrou compreender que, aprendendo a ouvir os pacientes, se é possível:

- Identificar suas reais necessidades
- Identificar o que realmente os aflige
- Identificar suas crenças, com o objetivo de reforçar aquelas que possam ser utilizadas em seu benefício e de esclarecê-los em relação a crenças equivocadas.

## **3. APRENDENDO COM OS ERROS**

Adriana Roncoletta enfocou a importância em se reconhecer os próprios erros, não com um intuito de julgamento ou estimulação de um sentimento de culpa, mas sim para se evitar a sua repetição.

## **4. FERIDAS DA ALMA**

Como as feridas físicas, as feridas da alma, muitas vezes, cicatrizam apenas na superfície e não de dentro para fora. Enquanto permanecem praticamente imperceptíveis vão exercendo seus efeito corrosivo e devastador para então, subitamente, explodir sob a forma de transtornos físicos e emocionais. As narrativas de Marcelo Levites e Ismael Ramirez ilustraram o tema.

## 5. SOBRE A MORTE

Estudantes de Medicina e jovens médicos inicialmente vêem a morte como uma entidade abstrata, quase virtual. Quando começam a confrontá-la mais assiduamente passam a enxergá-la como o cruel inimigo a ser vencido a qualquer preço. E vai chegando a maturidade – a morte é inevitável, mas é possível defrontá-la face a face com discernimento e tranquilidade. Consegue-se então auxiliar os pacientes terminais e seus familiares com maior efetividade. E conforme o tempo vai decorrendo, chega a fase em que se apreende que a morte também pode representar a cura. Ariane Castro e Roberto Leoto nos falaram de seus encontros com a dor e a morte.

### **História de Roberto Ferreira Leoto:**

*“Acho difícil para nós, que iniciamos na profissão, o contato com a morte. Acho que ainda prefiro me recordar dos bons momentos.*

Nesta semana o Eduardo, farmacêutico da Hospitalar me disse que iria sair da empresa para trabalhar em uma farmácia em Mauá, perto do nosso paciente Pedro (nome fictício).

*Divaguei então:*

*- Como é que ele está?*

*- Dr., o Sr. não soube? O Pedro faleceu em Novembro!*

Acho que deve ter sido enquanto estive fora, em lua de mel, mas o fato é que me veio um calafrio imediato ao lembrar quantas vezes havia visitado aquele alegre senhor em sua casa toda pintada de azul claro. Era portador de uma insuficiência respiratória por DPOC muito grave, motivo de internações frequentes e necessidade de acompanhamento em regime de homecare. O Sr. Pedro tinha um ótimo senso de humor. Conta que uma vez procurou um médico. Este, ao vê-lo entrando pela porta foi logo dizendo: “seja breve”. Pedro deu meia volta e disse: “pois não, até logo”.

As visitas semanais em sua residência sempre foram muito agradáveis. Tratava-nos de forma irreverente, pelo primeiro nome ou usando diminutivos, o que não diminuía a consideração e respeito que tinha em relação a todos nós. Em seu peito, tatuagens amadoras e desbotada descreviam as agruras de sua juventude, em relação as quais não mostrava arrependimento ou nostalgia. Ciente do seu avançado grau de DPOC, sabia precisamente quando não estava bem e não hesitava em corrigir médicos que não eram atentos ao exame, chegando a sugerir mudanças na prescrição. Após a visita, fazia questão que enchêssemos a mão com balas, não se esquecendo nem mesmo do motorista que aguardava do lado de fora.

*Sue estado se agravou em novembro e 2004 e, quando foi levado para mais uma internação, disse aos presentes:*

*- “Dessa vez eu não volto pra essa casa!”*

Piorou e, após alguns dias de internação, faleceu como havia previsto.

Passamos tanto tempo o acompanhando, que ao entrar em sua casa podia fazer uma imediata avaliação, tanto dele quanto minha. Ao mesmo tempo em que auscultava aquele murmúrio diminuído que ora crepitava e ora sibilava, ia analisando minhas variações de humor, alegria, estresse, agilidade de raciocínio, cansaço, preocupação ;aquele contato era como um ritual, um ponto fixo num ciclo, um tempo para refletir.

*Só tenho a agradecer a ele pelos muitos aprendizados. Saudades Pedro!”*

## **6. E ENFIM, O AMOR**

O Amor é a força motriz do universo. Cura todas as feridas e faz reviver a criança que jaz inerte no leito. O Amor atribui significado à vida e se manifesta de muitas formas, adquirindo infinitas nuances – oscila da frágil flor pálida cujas flores se desprendem ao vento ao calor aconchegante da lareira que aquece nosso cenário.

### **Uma estranha doença... de amor! por Pablo González Blasco.**

*“Entra sorridente, cumprimenta com efusividade, como é o seu estilo. “Hoje sou eu quem vem como paciente”. Lembro-me bem dele. Esteve aqui com a sua esposa, há um par de anos. Conheço a família, a cunhada, outros parentes próximos de quem também cuido. Ele é um profissional bem sucedido, dentro do que se pode ser bem sucedido hoje. Dá cursos de matemática financeira. Os clientes são os bancos que nunca estão mal, por mais que chorem na rampa e reclamem. Mesmo assim os negócios têm diminuído e ele o diz com franqueza. “As coisas estão difíceis, doutor, mas isso não me tira o sono. A gente leva bem, com bom humor. Para ser franco, não tenho perdido nem um minuto de sono pensando nisso”. Carrega uma sacola de exames que quer me mostrar. A verdade é que não sei exatamente por que veio. Um check up? Para ver se está tudo bem? E lê, será que sabe porque veio na consulta? Não tem aspecto de doente, e esbanja a alegria e o bom humor característico. Vai me passando os exames, cujos resultados, todos normais, anoto. “Estou tomando um remédio para a pressão... Foi há dois anos; fiquei um pouco nervoso e a pressão subiu. Dessa vez fiquei assustado, mas agora tomando remédio está tudo bem” - continua sorrindo. Pergunto a idade, pois penso que a que está anotada na ficha não é correta. “São 65 mesmo, doutor. Eu não aparento a idade que tenho. Isso é de família. Já vê, minha filha vai casar no sábado. Sim, sábado, agora. É a vida.” Olho para ele que continua sorrindo. “O senhor sabe, minha mulher, a R. passou por uma depressão grande, há uns dois anos atrás. Foi ela que falou para vir eu aqui conversar com o senhor”. Escuto com atenção, com disposição de ajudar. Penso que é agora, enfim, que vai me dizer porque está na minha frente. É o paciente, sempre, quem nos dá o caminho das pedras, as dicas para chegar no diagnóstico. O paciente nos diz como quer ser ajudado. É preciso paciência para deixá-lo se exprimir. “Não, doutor, não estou*



*deprimido como ela, mas as coisas não são mais as mesmas. Sabe, doutor, eu acho que sou um pouco esquisito, meio diferente. Sou casado há 35 anos e gosto demais da minha mulher. Sei que as coisas não são como nos primeiros cinco ou dez anos, mas algo não anda bem comigo. A minha mulher é carinhosa, me ouve, mas não é como eu com ela. Se fosse sempre ao meu ritmo, andaríamos nos beijando pela rua... Sabe que eu cheguei a pensar em ir ao médico e pedir um remédio para gostar menos dessa mulher!” Faz um silêncio e sorri. Olha para mim para ver se não me assusto com o que me está contando. Faço um sinal de assentimento, de compreensão, como quem entende, respeita, e ouve com admiração. “Agora” –continua- “algo não está como antes. Parece-me como se estivesse um pouco cansado, como se faltasse esse ânimo juvenil. Não, não são os negócios. Como lhe disse antes, se vou somar os minutos de sono que perdi por isso não chega a meia hora no mês... Mas com isto é diferente. Cheguei a falar com a R., que me disse:”Vai falar com o doutor, que ele te entenderá. É isso, doutor. Será que sou um homem esquisito?” Enquanto ouço o relato, vêm à minha mente um conjunto de idéias, de histórias. Somos testemunhas privilegiados da vida dos nossos pacientes, escrevia há alguns anos um velho professor de medicina de família. Somos alguém com quem o paciente pode conversar sobre tudo. Não existem temas vedados, nada que não possam colocar à nossa frente, com a certeza de que serão ouvidos, e de que buscaremos ajudar no melhor modo possível. Agora vejo um homem que veio à consulta porque não consegue viver com a mulher da qual gosta perdidamente há 35 anos o mesmo amor de outrora. Ela provavelmente nem repara, pois o amor com que ele a envolve preenche sua afetividade. Mas é ele, o meu paciente, quem sabe que algo não anda bem, que poderia ser melhor, que as suas reservas de amor não são as mesmas. Suficientes para a esposa, com quem vive muito bem; mas para ele falta colorido, vibração...romantismo. Ele é o romântico da história. E imediatamente vem à minha cabeça o príncipe Idiota de Dostoiévsky, outro grande romântico, que nada tinha de idiota. “O senhor não é um homem esquisito. É um romântico. Já leu “O idiota” de Dostoiévsky? Não? Deveria lê-lo. Ajudará a trabalhar os sentimentos.” Levanto da cadeira e dirijo-me até a estante. Lá está um livro pelo qual tenho grande carinho. “Concerto para instrumentos desafinados”, de Juan Antonio Vallejo Nágera. Mostro o livro e comento: “Este está em espanhol, mas certamente poderá encontrá-lo em alguma boa livraria. Conta histórias do que este psiquiatra aprendeu com os seus pacientes, histórias fabulosas repletas de virtudes e de ensinamento que mostram a grandeza do ser humano.” Ele pega o livro nas mãos e anota o nome na mesma folha onde aponte o nome do romance do escritor russo. “ Há uma história aqui que o senhor me fez lembrar – digo-lhe enquanto fecho o livro. É de um padre que fica deprimido e procura o autor do livro dizendo-lhe que não lhe importa estar deprimido e que conseguiria viver desse modo se fosse apenas algo pessoal. O que o deixa triste é que não consegue animar as pessoas que o procuram. E por isso pede ao médico para curá-lo; não por ele, mas para que possa continuar ajudando os outros.” O paciente sorri e assente. Percebe que entendi o recado que, nas entrelinhas de envelopes com exames de laboratório e conversas de negócios, me passou. Agora sei porque ele veio, o que busca. Talvez ele também não o sabia. A sombra de ser um homem raro, um romântico apaixonado pela mulher há 35 anos, encobria um quadro de cansaço e astenia onde o medicamento poderá ajudar. Não existem doenças, mas doentes. E quando a doença atinge o amor –um amor criativo e repleto de romantismo - é preciso invocar a literatura, a arte, as histórias de vida para fazer o diagnóstico e poder cuidar do paciente.*

### **Leituras recomendadas**

- Shapiro J, Ross V. Applications of Narrative Theory and Therapy to Practice of Family Medicine. Fam Med 2002; 34(2): 96-100.
- Greenhalgh T. Narrative Based Medicine: Narrative based Medicine in a evidence based world. BMJ 1999; 318(7179): 323-5.
- Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative Based Medicine: why study narrative? BMJ 1999; 318(7175): 48-50.

Por favor, continuem enviando suas narrativas, pois a SOBRAMFA está preparando um livro sobre narrativas e todos vocês podem participar:

Envien sus historias y las historias de sus pacientes. Estamos preparando un libro de historias: participe

Please, send us your stories and your patients' stories. We're preparing a book about narratives and your collaboration is very welcome



## AS EXPECTATIVAS DOS ESTUDANTES DE MEDICINA EM RELAÇÃO À MEDICINA DE FAMÍLIA

### *MEDICAL STUDENTS' EXPECTATIONS RELATED TO FAMILY MEDICINE*

Roncoletta A,\* Bustos-Saldaña R,\*\* Caballero Rendón J. \*\*\*

\*Diretora da Graduação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família. \*\*Médico de Família. Professor da Universidade de Guadalajara.(México) Centro Universitario del Sur. Instituto Mexicano del Seguro Social. (IMSS) \*\*\*Médico de Família. Presidente da Sociedad Paceaña de Medicina Familiar La Paz-Bolivia.

*The proposal of workshop carried through in the IX congress of Family Medicine with medical students, was to evaluate which are the real expectations of these students about Family Medicine. The main goals aim to evaluate three important questions. The first one, to know if the medical students really knows what is Family Medicine; the second one, if they consider as a specialty, with specific issues; and finally, to appraise the real interest the students have to be a family physician as their future career choice. The Workshop run in a interactive way, the medical students were deeply involved and had the opportunity to inquire and clarify doubts, and to share their reflections related to the Family Medicine option. The teachers facilitated the students' involvement as observing participators. The discussion brings up family medicine identity as one of the main issues. This includes not just the attendants' opinion but the usual consensus medical students have regarding family medicine in the several cultures, as an "informal curriculum". This is what really matters, as reflect the real perspectives medical students have, and to promote family medicine among them we need to know what they really think and expect about the specialty.*

A proposta do Workshop realizado no 9º Congresso de Medicina de Família com estudantes de Medicina, foi a de avaliar quais são as expectativas reais destes estudantes em relação à Medicina de Família. Detalhando mais o objetivo é avaliar três questões relevantes. A primeira, saber se os estudantes de medicina realmente sabem o que é Medicina de Família; a segunda, se a consideram como uma especialidade, com suas competências específicas; e finalmente, avaliar o interesse real que os estudantes têm por seguir o caminho da Medicina de Família depois da graduação.

As considerações que recolhemos aqui são a síntese da discussão ocorrida no Workshop que contou com a presença dos três autores, do Prof. Javier Sevilla-Martir (University of Indiana, USA) e de estudantes de várias universidades do Estado de São Paulo:

Universidade de Santo Amaro- Unisa, Botucatu -Unesp, Catanduva, ABC e Bragança Paulista . Houve presença também da Universidade Federal do Ceará (Brasil), e de um nutrido grupo de estudantes da Universidade de Guadalajara (México).

O Workshop foi integralmente participativo, e os estudantes de medicina tiveram a oportunidade de questionar e indagar suas dúvidas, partilhando suas reflexões em torno da Medicina de Família, cabendo aos professores moderar as discussões, e facilitar a participação de todos os integrantes. A primeira e natural questão versa sobre a identidade. Os estudantes expõem com franqueza o que eles entendem ser Medicina de Família. Esta questão compreende não apenas as opiniões dos presentes mas também o consenso construído entre os próprios estudantes de medicina das diversas culturas. Em outras palavras: o que pensam os estudantes de medicina sobre a Medicina de Família, o que falam entre eles, as notícias que circulam “nos bastidores” sobre este tema.

Os estudantes por médico de família o “médico que cuida de coisas simples...” “Aquele médico que trata resfriados, gripes e diarreia, e quando se depara com algo difícil, chama o especialista...” E também: “Médicos generalistas, que cuidam um pouquinho de qualquer coisa...” E ainda: “Médicos sem formação, que não conseguiram se especializar.”

Outros arriscam uma visão mais positiva da medicina de família: “Médicos que cuidam do ser humano integralmente, não apenas de algumas partes da pessoa”. Mas na prática não sabem se isto é possível e, muito menos, como se realiza. A avaliação que os Professores fazem destas percepções explicita as dificuldades que os estudantes encontram em definir o que faz um médico de família e, mais importante ainda, aponta os possíveis motivos. Sem querer ser exaustivos, algumas categorias emergem da rica análise dos comentários dos alunos. Assim pode-se apreciar que:

1º: Nenhum estudante teve durante seu currículo médico, uma disciplina chamada Medicina de Família.

2º : Ocorre uma falta de lideranças por parte dos médicos de família para demonstrar uma expectativas visível e favorável da especialidade. Em outras palavras: não se lhes vê, aos médicos familiares, felizes e realizados (experiência vinda do México e da Bolívia, com a especialidade formalmente existente há 30 anos). Parece que uns dos obstáculos para mostrar aos estudantes o que é a Medicina de Família são os próprios médicos de família que, infelizmente, desconhecem a sua própria identidade.

3º Há pouca representação de professores de Medicina de Família nas cadeiras universitárias

4 º: Nos poucos casos onde os Médicos de Família são professores nas universidades costumam estar à frente de disciplinas que não são consideradas como fundamentais pelos alunos que, na maioria das vezes, as desprezam (por exemplo: saúde pública, estatística, desenvolvimento de pesquisa clínica, epidemiologia) Vale a pena perguntar-se se não seria muito mais eficaz que os Médicos de Família ensinassem Medicina de Família nas Universidades e não disciplinas correlatas. Quando o problema é de identidade, impõe-se

um esforço por firmar a seriedade conceitual da Medicina de Família, como Disciplina Acadêmica possuidora de um corpo próprio de conhecimentos

5 ° Existe de fato pouca representação social nos médicos de família; os próprios pacientes desconhecem tratar-se de médicos familiares e os médicos, que não se sentem valorizados, não se empenham em algo que deveria ser o centro das suas competências: a construção do vínculo com os pacientes que cuidam.

Os estudantes apontam como médico de família um profissional que está muito longe de ser um objetivo de vida e de trabalho para eles; e, para que não haja dúvidas quanto à competência deste médico que eles consideram como duvidosa, afirmam que não desejariam este tipo de médico para cuidar dos seus familiares. Estes sentimentos são paralelos aos descritos na literatura em estudos que analisam a escolha da especialidade entre estudantes de medicina.<sup>1,2</sup>

A análise que fazemos, com a experiência de 25 e 30 anos de instalação da especialidade Medicina de Família em Bolívia e México<sup>3,4</sup> traz uma luz que nos aponta possíveis caminhos na procura da excelência. Estes caminhos devem começar por mostrar aos estudantes de medicina a identidade, satisfação e competência do Médico de Família atuando junto aos seus pacientes, construindo o seu conhecimento, e reproduzindo academicamente o modelo.

Os médicos familiares, tanto em Bolívia como no México estão confinados ao Seguro Social –atuação em saúde pública- desenvolvendo uma medicina primordialmente assistencial. Os estudantes que são expostos a estes cenários contemplam muitas vezes médicos insatisfeitos que atendem grande volume de pacientes, atendem frequentemente com pouca dedicação e transferem o “difícil” aos especialistas. Não se constituem, por tanto, num modelo a seguir, nem despertam “vocações verdadeiras” de médicos de família. Vale aqui a consideração da influência flexneriana no ensino da medicina que considera a Medicina Familiar como medicina simplista, que somente serve para resolver casos fáceis.

Ampliando esta percepção, comentou-se um trabalho realizado em La Paz- Bolívia onde se mostram resultados equivalentes aos vistos no Workshop nas expectativas dos estudantes de medicina em relação à Medicina de Família. De 627 alunos entrevistados, mais da metade não conheciam a Medicina de Família, 2/3 não a consideram uma especialidade e dos que consideram a possibilidade de ser médico familiar (menos de 20%) a maioria tem um conceito errôneo do que venha ser a Medicina de Família. Podemos acrescentar que quando os motivos para dedicar-se algo são pouco claros e errôneos não costumam ser duradouros.

São compreensíveis e completamente aceitáveis as dúvidas que os estudantes nos trazem, pois os estudantes não têm a obrigação de entender o que faz um médico de família, e o que significa Medicina de Família, se não vêm os modelos de médicos familiares atuando na prática. A componente exclusivamente assistencial desenvolvida em México, Bolívia e muitos outros países da América Latina, que omite a Dimensão Educacional e Acadêmica

da Medicina de Família explica a confusão e desconhecimento provocado entre os estudantes. Mas explicar não significa justificar: é hora de pensarmos em educação em Medicina Familiar o que significa, hora de mostrar o modelo educacional da especialidade –como se ensina, como se pesquisa, como se forma e se progride- como qualquer outra disciplina faz desde seu posto nas faculdades e escolas médicas. Um bom exercício de imaginação virtual seria tentar visualizar o que aconteceria com qualquer especialidade médica que abandonasse seu posto na Universidade –abrindo mão de educação, pesquisa, e formação específica- para dedicar-se única e exclusivamente ao terreno assistencial. Com o tempo se esvaziaria, perderia transparência entre os estudantes, perderia qualidade.

No Brasil, onde a Medicina de Família está ainda engatinhando, o desconhecimento da especialidade se justifica. Mas bom é advertir que os primeiros passos da Medicina de Família enveredam por vias puramente assistências –haja vista os programas de residência médica intitulados como medicina de família, ou saúde da família- sem nenhum lastro acadêmico. Não é difícil prever que o futuro, se as coisas não mudam, não será diferente do que contemplamos em outros países da América Latina.<sup>5</sup>

Esta advertência não é exclusiva dos organizadores brasileiros do Workshop, mas sim dos próprios professores estrangeiros participantes, a modo de conselho de quem sofre na própria pele a falta de identidade da especialidade.

Pior do que não ensinar Medicina de Família é ensinar algo que utilizando o nome –que por vários variados está na moda do momento- de fato NÃO é Medicina de Família. Não basta ter médicos de família ensinando, ou professores que digam que ensinam Medicina de Família, quando o que se ensina nada tem a ver com a Medicina de Família universalmente aceita como disciplina acadêmica com seu próprio corpo de conhecimentos<sup>6,7</sup>.

Os médicos de família necessitam primeiro encontrar-se com sua vocação: médicos chamados a cuidar do paciente, no ambiente da atenção primária, centrados na pessoa para desta maneira transparecer com naturalidade a estudantes, pacientes e a sociedade. Conquista sua identidade para ser, de fato, um modelo a seguir,

Uma dúvida freqüente em alguns estudantes, quando se deparam com as características da medicina de família como humanismo, educação médica, e de exercer lideranças é a de se isto não deveria ser atributo de todos os médicos. Não deveriam ser todos os médicos formados deste modo? E se todos os médicos deveriam ser assim, seria necessário especializar-se em Medicina de Família?

Os próprios estudantes encontram suas respostas em conhecimento construído... “Deveriam ter todos os médicos a essência das características do médico de família, mas não é isto que encontramos... Não são estes médicos os que estão nos ensinando, os que estão cuidando dos pacientes do nosso lado; para a formação de um médico, a medicina de família pode contribuir como as demais especialidades também, assim como todos devem aprender a interpretar um raio-X de tórax, não é mérito apenas do radiologista. como todos Todos os médicos devem adquirir as características essenciais da medicina de

família, para cuidar bem dos seus pacientes, mas a especialização é necessária porque alguém deve estar encarregado de focar-se nos atributos específicos da Medicina de Família e também com a função ensinar nas Universidades... o que não está ocorrendo...”

As respostas dos estudantes nos introduzem na dimensão importantíssima da Medicina de Família como recurso educacional no campo da educação médica. Um tema que apaixona o médico de família e que se recolhe em publicações freqüentes.<sup>8</sup>

O Workshop oferece aspectos muito positivos. Os alunos, no meio de dúvidas e questionamentos expostos com franqueza, ajudados pelos professores-facilitadores começam a valorizar a magnitude da medicina familiar que, entre outras coisas, lhes oferece espaço para discutir estes aspectos que todos guardavam para si sem encontrar um cenário educacional onde poder comparti-los. Entendem a possibilidade de ajudar de fato a sociedade com a medicina de família, visualizam a retomada de uma medicina humanística, centrada na pessoa e não num órgão ou sistema. Os alunos contribuem de modo positivo e fomentam o entusiasmo dos moderadores que sem deter-se nos obstáculos e dificuldades que o modelo atual oferece são levados a sonhar com o modelo que entre todos podemos começar a construir.

A maioria dos estudantes deixa para traz as incertezas de uma definição, ou conceitos equivocados do que faz um médico de família, e comentam então das dificuldades em aceitar o desafio que ser um médico de família traz consigo<sup>9</sup>. “Como como vamos saber de tudo? Como seremos competentes em todos estes campos? Como poderemos cuidar de nosso pacientes? Parece-nos então um caminho muito difícil a percorrer...” Continuam as dúvidas dos estudantes agora que surge com maior nitidez o perfil do Médico de Família das suas competências.

Os comentários dirigidos pelo professor aos alunos mexicanos são também uma boa síntese do resultado que todos guardamos do Workshop. “Vocês estiveram aqui para aprender a respeitar esta especialidade, como qualquer outra especialidade, aprender a “enxergar” a Medicina de Família com outros olhos, olhos de respeito e admiração, sendo uma especialidade com competência científica, como um caminho para cuidar de seus pacientes centrados no ser humano, e poder ensinar isto nas escolas médicas, vieram não para optarem por uma especialidade ou outra, e sim para aprender a respeitar os Médicos de família. “

Dr Javier Sevilla finaliza e complementa, com sua experiência nos EUA, e afirma que a Medicina de Família não deve ser para todos os estudantes, mas apenas para os que nasceram com vocação para desenvolver esta especialidade, porque cada um dos estudantes devesse realizar uma especialidade médica que possa realizar da sua melhor maneira. Assim serão bons médicos, optando por aquilo que acreditam, desempenhando o melhor papel naquilo que se sentem competentes. fazendo o seu melhor no que estão fazendo. Para a Medicina de Família podemos desejar que venham somente os que têm vocação para tal e estes costumam ser –na experiência do professor de Indiana University– os melhores alunos, por ser a Medicina Familiar especialidade de dimensão muito ampla.



Não precisamos de muitos –afirmou- apenas dos que se sentem chamados para isso. E optar por este caminho, certamente não é escolher aquele que parece mais fácil!

## **Referências**

1. Gutkin C. Medical student's career choice. *Canadian Family Physician*. 2001. 47: 1512.
2. Jordan J, Belle Brown J, Russell, G. Choosing Family Medicine. What influences medical students. *Can Fam Physician* 2003;49:1131-1137.
3. Cárdenas de la Peña E. Medicina Familiar en México. Editorial Medicina Familiar Mexicana. México. 2003.
4. Irigoyen Coria, AE. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. México 2004.
5. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF.. *Princípios da Medicina de Família*. São Paulo: Sobramfa; 2003. (cfr [www.sobramfa.com.br](http://www.sobramfa.com.br))
6. McWhinney. *A textbook of Family Medicine*. New York: Oxford University Press; 1997
7. Stephens, GG. *The Intellectual Basis of Family Practice*. Winter Publishing Company. Tucson, Az. 1982.
8. Roncoletta AFT. A Medicina de Família como recurso educacional na Graduação Médica. *in* Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF.. *Princípios da Medicina de Família*. São Paulo: Sobramfa; 2003. (cfr [www.sobramfa.com.br](http://www.sobramfa.com.br))
9. Gutkin C. To be or not be a family physician- that is the question. *Can Fam Physician* 2002. 48: 1739-40.

## **AS ATIVIDADES DA SOBRAMFA: VARIAÇÕES EDUCACIONAIS NA PROCURA DA EXCELÊNCIA**

### ***SOBRAMFA'S ACTIVITIES – SEVERAL EDUCATIONAL SCENARIOS SEARCHING FOR EXCELLENCE***

Janaudis MA.\*

\* Sociedade Brasileira de Medicina de Família.

*The activities of SOBRAMFA – Brazilian Society of Family Medicine - are here presented framed in a journalistic report, in which the several fields of Sobramfa's action are visited: student learning scenario, resident-training programs, doctors in CME, and the Family Medicine professors teaching environment. The SOBRAMFA directors are invited, one by one, to interact with the attendance to explain each program. Educational activities aim to incorporate the principles of Family Medicine as an Academic Discipline. That is the most important SOBRAMFA's goal: to be a respected and competent Family Medicine Professors School. Finally, it was presented APAMEFA – Pan American Academic Association for Family Medicine – just founded in a meeting during the IX Sobramfa Meeting, with 15 attendants, real leaderships in their own countries. The Act of Constitution of APAMEFA was signed during the meeting and the Association gained strength, decided about the goals and paths needed to foster Family Medicine as an Academic Discipline throughout the American continent.*

As atividades da SOBRAMFA – SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA - são apresentadas em reportagem interativa com formato jornalístico-televisivo, através de seus diversos focos de atuação como estudantes, residentes, médicos e professores de medicina de família, com a participação dos responsáveis por estes diversos segmentos que são convidados, um a um, a interagirem com a platéia e explicarem cada programa. As variadas atividades educacionais oferecidas pela SOBRAMFA visam facilitar em todos os participantes a incorporação prática dos princípios da Medicina de Família<sup>1</sup> como Disciplina Acadêmica, que é o principal motivo de ser da Sociedade: uma Escola de Formação de Professores de Medicina de Família.<sup>2</sup>

#### **Cuidando dos estudantes<sup>3</sup>**

Os estudantes são contemplados pelas reuniões mensais na Associação Paulista de Medicina desde 1998, espaço no qual aprendem a ensinar outros estudantes e falar em

público, ou seja, a tornarem-se professores da especialidade. Há incentivo ao desenvolvimento das LIGAS de medicina de família nas diversas faculdades, a promoção de congressos, jornadas e fóruns.

O projeto *MILHAS*, numa analogia às milhas aéreas, funciona como uma espécie de “passaporte” para o programa de residência da SOBRAMFA (programa FITNESS). É um projeto de Educação Continuada com o objetivo de vocacionar e formar estudantes de medicina no contexto da Medicina de Família. O Projeto oferece o conhecimento dos princípios e a prática da medicina de família a todos aqueles que não possuem esta disciplina no seu currículo médico. A SOBRAMFA desenvolve várias atividades formativas onde cada uma delas estará integrada formalmente num curso de formação continuada, que o estudante poderá frequentar paralelamente à sua formação convencional adquirida nas universidades. Cada uma das atividades desenvolvidas pelos estudantes possui uma pontuação específica. O gerenciamento desses pontos será realizado pela Diretoria de Graduação da SOBRAMFA. Todas as atividades que o acadêmico venha a frequentar ao longo do Curso Médico serão creditadas e contabilizadas no projeto milhas<sup>4</sup>.

Abordamos ainda o *PRAMEF 21* - Projeto Acadêmico de Medicina de Família para o século XXI! que é uma iniciativa pioneira da SOBRAMFA a qual se propõe utilizar os recursos e a abordagem da Medicina de Família como instrumento educacional complementar na formação geral do médico, apresentando ao estudante a oportunidade de vivenciar a Medicina de Família na prática, aprendendo com os seus próprios pacientes. O *Projeto Bandeirante* viabiliza palestras nas mais variadas faculdades e cidades e, finalmente, o *MF2*, estágio para estudantes de medicina que tem a possibilidade de conviver com um médico de família durante uma a duas semanas, vivendo na prática as experiências diárias da profissão.

### **Os programas para profissionais**

Residentes, médicos, professores e estudantes são apresentados ao “*Marcapasso*” e “*Marcapasso Construção*”, em referência ao dispositivo que serve para manter o ritmo, reuniões semanais no caso do primeiro com discussões clínicas e científicas e reuniões mensais no caso do segundo que apresenta e discute os valores humanos, da medicina de família (“core values”), aspectos filosóficos e antropológicos da prática médica bem como da própria vida do médico.

O Programa *FITNESS* (Formação Integral e Trabalho sob Supervisão), nos moldes de residência médica, é apresentado a todos os que desejam fazer parte da família SOBRAMFA, tornar-se um médico de família e ser feliz com a opção escolhida.<sup>5</sup> Suas variáveis, *FITNESS Profissional* e *Internacional* são dirigidas a profissionais com mais tempo de formação e que desejam incorporar este estilo, metodologia e filosofia de atuação bem como aos que residem em outros países, respectivamente.

O *FITNESS Profissional*, verdadeiro “MBA” em Medicina de Família visa formar profissionais de acordo com a filosofia prática da Medicina de Família, otimizar a performance profissional de médicos que atuam na Medicina Preventiva do mercado

privado, conciliar a prática da Medicina baseada em evidências com uma abordagem humanística e com a Medicina centrada na pessoa, atualizar o médico em relação a temas concernentes à Medicina de Família e à sua “Filosofia de Ação”, formar lideranças para o desenvolvimento da Medicina de Família em diferentes cenários profissionais através de atividades presenciais e via WEB.

Já o programa FITNESS Internacional oferece aos residentes de medicina de família dos diversos países da América a oportunidade de um intercâmbio e trocas de experiências e informações. Tem como objetivos promover linhas de investigações e publicações em Medicina de Família, gerenciamento da informação médica através de atualização científica e tomadas de decisões, desenvolvimento da dimensão educacional e acadêmica da especialidade e a promoção de lideranças para o desenvolvimento da medicina de família em seu respectivo país.

Os POEMs – Patient Oriented Evidence that Matter – com suas informações on-line e update, num formato prático e acessível ao médico de família tem sua importância ratificada na apresentação. A SOBRAMFA é a entidade brasileira responsável por sua divulgação e apresentação no Brasil. Trimestralmente são publicados quatro em parceria com a Associação Paulista de Medicina na revista Diagnóstico e Tratamento desta entidade.

A atuação e reconhecimento internacional da SOBRAMFA crescem a cada ano, a cada novo evento. Palestras, jornadas, simpósios e congressos internacionais tem contado com a presença de seus membros bem como tem sido também organizados aqui no Brasil, numa tentativa de compartilharmos e tornarmos acessíveis aos médicos daqui o que acontece no mundo. A participação no Congresso anual da STFM – Society of Teachers of Family Medicine – bem como no da WONCA – World Organization of Family Doctors – já fazem parte do calendário dos membros da SOBRAMFA<sup>6</sup>. Apresentamos a importância destas entidades bem como os trabalhos que temos levado frequentemente. México, Bolívia, Argentina, Cuba, Honduras, Espanha, Inglaterra, Croácia, Turquia e Canadá, Suíça, Áustria (coloque isto aqui pela troca de emails recentes). são outros países com os quais a SOBRAMFA mantém relação, troca experiências e informações além de buscar sempre viabilizar intercâmbios.

### **A criação da apamefa – associação acadêmica panamericana de medicina de família**

Por fim apresentamos neste 9º Congresso a Associação Acadêmica Panamericana de Medicina de Família – APAMEFA - que idealizada inicialmente como CLAMF, Confederação Acadêmica Latinoamericana de Medicina de Família foi renomeada em reunião que contou com a participação de 15 congressistas, verdadeiras lideranças da especialidade em seus respectivos países do continente americano, ganhou força, definiu seus rumos e objetivos, percebeu que deveria abranger todo o continente e teve sua ATA constitutiva assinada durante o Congresso.

Os Drs. Rafael Bustos Saldaña (com sua delegação de mais de 20 estudantes e residentes), Ismael Ramirez, Arnulfo Irigoyen e Carlos Cabrera representando o México, mostraram-se muito entusiasmados com a iniciativa. Vindo da Bolívia e trazendo uma de suas residentes para participar do programa FITNESS Internacional, o Dr. Javier Caballero destacou a importância da fundação da APAMEFA para o desenvolvimento da especialidade nas Américas.

Representando os Estados Unidos os Drs. Joshua Freeman, Mark K. Huntington e Patrick Dowling e Honduras o Dr. Javier Sevilla, destacaram a iniciativa como importante marco para o progresso acadêmico da Medicina de Família.

Nós do Brasil, Marco Aurélio Janaudis, Marcelo Levites, Pablo González Blasco, Roberto Leoto, Maria Auxiliadora C. de Benedetto e Graziela Moreto sentimos-nos honrados em sermos os anfitriões de evento histórico e marcante para a especialidade e por podermos participar de uma associação com objetivos claros e relevantes. Fotos, imagens e muita interação com os participantes marcam esta apresentação, a qual tem o objetivo de familiarizar os participantes com toda a ampla gama de oportunidades que a SOBRAMFA oferece.

## **Referências**

1. Gonzalez Blasco P. Los Cuatro Pilares de la Medicina de Familia. Arch Med Fam. 2004; 6 (2): 31-33 disponível em <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-medfam/e-amf2004/e-amf04-2/em-amf042b.htm>
2. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF.. Princípios da Medicina de Família. São Paulo: Sobramfa; 2003. (cfr [www.sobramfa.com.br](http://www.sobramfa.com.br))
3. Blasco PG, Levites MR, Bogdewic SP, Sevilla J, Janaudis MA, Roncoletta ATF. Core values and student interest: Reflecting on the Future of Family Medicine Report through the Brazilian Experience. In Peer Paper 38<sup>th</sup> Annual Spring Conference of the Society of Teachers of Family Medicine; 2005. Conference program. p. 21 PB 5. Disponível em <http://www.stfm.org/AnnualConf/AN05/annual05WEB.pdf>
4. Blasco PG, Roncoletta AFT, Janaudis MA, Leoto RF, Freeman J, Haq C. The Family Medicine Miles Program: involving students in family medicine where the medical schools do not. In Lecture Discussion. 37<sup>th</sup> Annual Spring Conference of the Society of Teachers of Family Medicine; 2004. Conference program. P. 52 Disponível em: <http://www.stfm.org/conference/handoutresults.cfm?conference=AN04>
5. Levites MR, Moreto G, Blasco PG, Leoto RF, Pinheiro TRP, Benedetto MAC. The Fitness Program: Training Family Physicians in Brazil. In Scholastic Poster. 38<sup>th</sup> Annual Spring Conference of the Society of Teachers of Family Medicine; 2005. Conference program. p. 34 SP 40. Disponível em <http://www.stfm.org/AnnualConf/AN05/annual05WEB.pdf>
6. Blasco PG. Starting Family Medicine in a country: stories from the front line. Panel Plenary Speaker - WONCA 17<sup>th</sup> World Congress of Family Doctors: 2004.

## REFLEXÕES SOBRE O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA COMO O PROGRAMA *FITNESS* MUDOU MINHA VIDA?

REFLEXIONS ABOUT FAMILY MEDICINE RESIDENCE PROGRAM. HOW FITNESS PROGRAM CHANGE MY LIFE?

Leoto RF,\* Pinheiro TR,\*\* G. de Castro A.\*\*\* Levites MR.\*\*\*\*

\* Residente Fitness de 3 ano. \*\*Médica de Família. Residente Fitness de 2 ano. \*\*\* Médica de Família. Residente Fitness de 1 ano. \*\*\*\* Médico de Família. Diretor Sobramfa. Coordenador do Programa Fitness. Médico de Família.

1

*The Fitness Program is the Family Medicine Residency Program run by Sobramfa. Reflections gathered here were provided by the residents –fitness fellows- during the IX Sobramfa Meeting in order to an informal appraisal of the Fitness Program. The residents stress the simultaneous learning of clinical skills and competencies with the professional development as the most important accomplishment in their training. Taking care of patients in the real world and being satisfied and happy as family doctors, growing up in a familiar learning scenario, in which fostering reflection, updating knowledge and lifelong learning with personal supervision are quoted as standards of excellence.*

Sob a tônica do congresso: “*Congregando lideranças na vocação do cuidar*” os médicos de família, residentes em treinamento refletiram sobre o impacto em suas vidas do programa FITNESS, que é o Programa Específico de Residência da SOBRAMFA<sup>1</sup>. Uma das mudanças mais importantes relatadas foi a possibilidade de realizar o sonho de ser médico de pessoas, acompanhando o ciclo de vida dos pacientes que cuidamos e que nos procuram com independência dos variados problemas que lhes acometem. Ser, de fato, testemunha na vida das pessoas –os pacientes- que nos permitem entrar na sua intimidade é uma das maiores e melhores realizações. Assim, ao aprendizado técnico e a competência adquirida que é de se esperar num programa de residência médica, soma-se a comprovação de que se está aprendendo a ser útil no mundo real, no acontecer cotidiano.

---

O Programa Fitness proporciona um ambiente saudável de aprendizado onde o médico recém formado pode ter contato real com a Medicina de Família, aprimorar suas habilidades. O foco está no crescimento do indivíduo e em sua educação e não em disputas pessoais. Afirmações com “sou médica”, feliz e realizada se contrapõem ao tom de desânimo e frustração encontrado em outros serviços de treinamento em residência médica.

Na SOBRAMFA as diversas discussões em grupo de questões reflexivas sobre o comportamento humano se unem às reuniões científicas do aspecto biossocial do homem. Assim, o gerenciamento do próprio tempo e o aprender a estabelecer prioridades crescem em aprendizado paralelo com a atualização científica que permite tomar as decisões adequadas no cuidado do paciente. Esta importante simultaneidade, que é talvez o maior valor agregado do Fitness como programa educacional, faz com que a compreensão do indivíduo sadio e doente aconteça em sintonia com o entendimento do profissional como pessoa, que é motivado a aprofundar no próprio conhecimento. Esta é uma condição de competência do médico de família: conhecer-se melhor para poder conhecer os outros e ajuda-los<sup>2</sup>. Segundo os residentes o acompanhamento personalizado do residente por um preceptor direto permitiu potencializar suas qualidades, corrigir erros e chegar aos objetivos propostos.

### **Os residentes relatam alguns pontos mais relevantes em sua formação:**

1. Desinibição para o início do exercício da profissão médica.
2. Identificação de qualidades potencializando-as.
3. Localização de falhas seguida de aconselhamento e correções pertinentes.
4. Atenção para o desenvolvimento pessoal, capacidade de relacionamento com profissionais da área, pacientes, familiares.
5. Treinamento para gerenciar casos complexos, crônicos e situações difíceis, marcados pela figura presente do médico perante os envolvidos.
6. Aprendizado na busca de informações científicas relevantes para a prática diária do médico de família.
7. Aprendizado no processo de ensinar outros novos médicos de família e estudantes de medicina.
8. Interação da prática médica com o sistema de saúde operante e suas repercussões.
9. Estímulo do convívio familiar com a equipe de residentes e preceptores capaz de transformar o ambiente de produção agradável e mais eficaz.
10. Percepção da especialidade num espectro mundial através de congressos, contatos e publicações internacionais.

O Programa Fitness tem como objetivo primordial formar médicos capazes de beneficiar a população a partir do cuidado com o indivíduo, e ao mesmo tempo proporcionar satisfação profissional e pessoal para os que o cursam<sup>3</sup>.

Esta reflexão escrita dos residentes mostra os benefícios e qualidades do Programa Educacional. Consequentemente compromete também os que se responsabilizam pela sua formação, conscientes de que estão fomentando o crescimento de potenciais líderes para o futuro da Medicina de Família. Uma tarefa que exige dedicação e seriedade para dar o melhor na educação dos futuros médicos de família. Um compromisso de vida ao qual a nobreza obriga.

## **Referências**

1. Levites MR, Moreto G, Blasco PG, Leoto RF, Pinheiro TRP, Benedetto MAC. The Fitness Program: Training Family Physicians in Brazil. In Scholastic Poster. 38<sup>th</sup> Annual Spring Conference of the Society of Teachers of Family Medicine; 2005. Conference program. p. 34 SP 40. Disponible en <http://www.stfm.org/AnnualConf/AN05/annual05WEB.pdf>
2. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF.. Princípios da Medicina de Família. São Paulo: Sobramfa; 2003. (cfr [www.sobramfa.com.br](http://www.sobramfa.com.br))
3. Blasco PG, Haq C, Freeman J, Janaudis MA. Educando os Médicos para a Saúde no Brasil: o Papel da Medicina de Família. Medicina: Jornal do Conselho Federal de Medicina. 2005 Ano XX. Número 152.





## PROMOVIENDO LA EDUCACIÓN, APOYANDO NUEVOS LIDERAZGOS. PROYECTO FITNESS INTERNACIONAL

### PROMOTING EDUCATION , SUPPORTING LEADERSHIP. INTERNATIONAL FITNESS PROJECT

Levites M, \* Moreto G.\*\*

\*Director del Programa de Residencia (FITNESS) en SOBRAMFA. \*\* Directora del Proyecto Fitness Internacional en SOBRAMFA.

*Aiming to promote educational values and to identify and support new Latin America leadership the APAMEFA( Pan America Academic association of Family Medicine) runs the International Fitness Program, which includes rotations and 4-8 week fellowship training for family medicine residents. With the International Fitness Program APAMEFA strengthens educational links and promote Latin America leadership for improving patient and community health in order to achieve the “ health for All” accepted principle.*

Las respuestas académicas en las instituciones formadoras de médicos de familia en la mayoría de los países de América Latina son muy diversas. Estando por lo general encajadas dentro de las políticas de Salud en el modelo Salud para todos<sup>1</sup>, la dimensión educacional y los valores centrales de la Medicina de Familia como Disciplina Académica<sup>2</sup> no resultan con frecuencia lo suficientemente claros. Sería conveniente que para que contribuyesen con mayor eficacia en el cuidado de los pacientes y en la formación de estudiantes y residentes de medicina de familia se expusieran de modo más explícito<sup>3-5</sup>.

Con el objetivo de promover los valores educacionales y apoyar nuevos liderazgos<sup>6,7</sup> en América Latina la APAMEFA (Asociación Pan-Americana Académica de Medicina de Familia) establece un programa de rotaciones y pasantías de intercambio para residentes de medicina familiar con duración de 4 a 8 semanas con los objetivos que se siguen.

#### Objetivos

- Promover líneas de investigación y publicaciones en Medicina de Familia.
- Gerenciamiento de la información médica: Actualización científica y tomada de decisiones.
- Desarrollar la dimensión Educacional Académica de la Especialidad.
- Promover liderazgos para el desarrollo de la Medicina Familiar en el respectivo país.

Las principales actividades del Fitness Internacional son:

### Actividades

- Visitas Domiciliares y Gerenciamiento de Pacientes Crónicos en Domicilio.
- Ambulatório de Pacientes Complejos con Comorbidades
- Asistencia Geriátrica a Pacientes Institucionalizados.
- Ambulatório de Cuidados Paliativos.
- Pramef-21: Ambulatório didáctico educacional para formación de profesores.
- Reuniones Científicas
- Talleres de Reflexión y Liderazgo en Medicina de Familia.
- Medicina Baseada en Evidencias y busca de información en Internet.
- Apoyo para elaborar proyectos educacionales multiculturales.

Con el programa FITNESS INTERNACIONAL la APAMEFA fortalece los vínculos educacionales y promueve los liderazgos en América Latina para mejorar la salud de nuestros pacientes y promover la de los pueblos, siguiendo la consagrada consigna *“Health for All”*

### Referencias

1. Who-Unicef. Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care , Alma Ata URSS, 6-12 September, 1978 Geneva, World Health Organization , 1978. (Health for All Series)
2. Irigoyen, A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar . Segunda Edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana. México 2004.
3. Blasco, PG; Villaseñor IR; Saldana, RB; Moreto,G. La formación de Médicos Familiares en Latinoamérica: timidez académica y liderazgo errático. Archivos En Medicina Familiar Mexico DF 2005; 7(1):1-3.
4. Gonzalez Blasco P. Los Cuatro Pilares de la Medicina de Familia. Arch Med Fam. 2004; 6 (2): 31-33
5. Blasco, PG; Levites, MR; Freeman, J; Haq, C. Educating Physicians for the Health of Brazil: The Role of Family Medicine. Wonca News 2004; 30( 3): 13-15.
6. Bogdewic S. Practical idealism: A Blueprint for caring. Fam Med 2000; 32(6): 372-5.
7. Bogdewic S. The call form moral Leadership. Fam Med 2001; 33(2): 86-8.

## COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE DOENÇA GRAVE (CÂNCER) AO PACIENTE: QUEM? QUANDO? COMO? POR QUE?

*CRITICAL ILLNESS (CÂNCER) DIAGNOSIS COMMUNICATION. TELLING TO THE PATIENT WHO, WHEN, HOW AND WHY?*

Cavalcanti DR.\*

\* Desiree R. Cavalcanti (Doutoranda do Departamento de Estomatologia – FOU SP - dcavalcanti@usp.br)

*Despite of development of science and health technology, cancer is still connected to death and physical and psychological pain. Culture and social level, sex and age are some factors that influence the impact of cancer diagnosis on patients. Should patient know all about all his disease? Are the physicians receiving adequate training in communicating bad news, social and psychological baseline to this delicate face of their profession? How to explain still today a patient get into mutilant surgery ignore his diagnosis and the possible results of the surgeon's treatment choices? There are divergences related to the management information. Some physicians think that patient must know everything about his disease, and prognostic; others disclose the diagnosis eventually or just for relatives. Only two to four percent of patients refuse information about diagnosis, even so, until 1993, about 60% of Europeans gastroenterologists didn't disclose the diagnosis, when patients didn't ask. In spite of the advances on oncology, cancer clinicians do not receive routine in the psychosocial aspects of patient care such as how to communicate bad news or respond to patients who have unrealistic expectation of cure. The physicians depend on their own judgement in make decisions on when, who and how disclosure the cancer diagnosis. The communication skills are needed.*

Apesar de todos os avanços científicos e tecnológicos, o câncer ainda é uma doença associada à possibilidade de sofrimento físico, emocional e morte. O nível social, econômico e cultural, além de sexo e idade são alguns dos fatores que interferem no nível de impacto psicológico que o diagnóstico de doença grave pode causar no indivíduo.

Será que o paciente deve ter plena informação sobre sua doença? Estará o profissional de saúde recebendo adequada formação nas escolas, embasamento psicológico e psicossocial para esta delicada parte do exercício de sua profissão?

Será correto que um paciente entre em uma sala de cirurgia da qual poderá sair mutilado, sem que tenha sido sequer informado sobre seu diagnóstico e o resultado esperado deste procedimento?

Sabe-se que há divergências quanto à conduta a ser tomada. Em alguns lugares do mundo, defende-se que os pacientes devem saber tudo, seu diagnóstico e prognóstico, enquanto que em outros, os médicos preferem revelar o diagnóstico eventualmente ou para a família do doente. Uma minoria de pacientes (2 a 4%) não desejam conhecer seu diagnóstico, mesmo assim, até 1993, cerca de 60% dos gastroenterologistas europeus não revelavam rotineiramente um diagnóstico de câncer, quando não questionados.

Apesar de todos os avanços da oncologia, pouca ênfase tem sido direcionada aos programas de treinamento relacionado a habilidade de comunicação e avaliação do fator psicossocial, requisitos necessários a um ótimo atendimento de pacientes oncológicos. Os profissionais dependem então de sua experiência e julgamento pessoal quando têm que tomar decisões sobre quando, quem e como deve ocorrer esta comunicação.

## **Introdução**

Em um simpósio intitulado “Breaking bad news”, do Encontro da American Society of Clinical Oncology, realizado em 1998<sup>1</sup> com participação de 700 profissionais, verificou-se que apenas 6% deles tinham treinamento formal em notificar más notícias, enquanto que 74% não tinham planos para este fim<sup>2</sup>.

A informação negativa referente ao diagnóstico, prognóstico e progressão da doença é difícil porque para os médicos pode estar faltando um método para fazê-lo e também porque este tipo de informação pode trazer reações emocionais ou comportamentais de parte do paciente que são incômodas para ambos<sup>3</sup>. A apreensão da reação do paciente pode levar o profissional a adotar estratégias para adiar as más notícias. Este desconforto é uma das maiores.

### Como informar o paciente?

Geralmente os pacientes desejam receber toda informação possível e preferem a presença de um familiar próximo e sua maior angústia é a espera para a confirmação do diagnóstico. A terminologia utilizada pelo profissional, suas habilidades pessoais de simpatia, compreensão, ouvir com atenção, transmitir respeito e prover esperança; são condições importantes para o ajuste emocional do paciente à doença<sup>4</sup>.

Modelo de comunicação de diagnóstico - Universidade do Texas M. D. Anderson Cancer Center – Houston - Passos em “Breaking bad news” ( O protocolo “Spikes” ) :

- ◆ Crie um ambiente apropriado: privacidade, conforto para o paciente, tempo ininterrupto, o paciente deve sentar-se de forma que seus olhos fiquem ao nível dos olhos de quem está comunicando.
- ◆ Verifique a percepção do paciente em relação ao seu problema; ex: “Fale-me o que você pensa sobre a razão dos exames que fizemos”.
- ◆ Obtenha informação sobre o desejo do paciente em ser informado dos detalhes da sua condição médica; ex: “Quando os resultados dos exames estiverem completos, você é o tipo de pessoa que quer saber tudo...”
- ◆ Forneça conhecimento e informação ao paciente: informe por partes pequenas, cheque a compreensão dele constantemente, evite o jargão médico.
- ◆ Enfatize que você compreende emoções expressas pelo paciente; ex.: para o choro: “ ... eu entendo que você não estava esperando este tipo de notícia...”
- ◆ Faça um resumo do que você falou e envolva-o em suas estratégias de tratamento ou acompanhamento.

### **Quando a comunicação do diagnóstico é contraindicada? <sup>5</sup>**

- ◆ Em casos de pacientes muito jovens, ou quando suas condições físicas ou psicológicas não permitam uma correta compreensão de sua doença.
- ◆ Quando o profissional, mesmo que legalmente competente, não esteja devidamente preparado para o estabelecimento de um diagnóstico.

### **Conclusão**

É importante que o profissional que revela um diagnóstico de doença grave, esteja integrado a uma equipe multidisciplinar, para que o paciente seja devidamente encaminhado e receba seu tratamento . Tanto a realização de exames diagnósticos como o tratamento só podem ser instituídos com o consentimento do paciente e ele também deve ser esclarecido sobre os possíveis resultados de seu tratamento.

A comunicação do diagnóstico marca o início de uma série de mudanças negativas na vida do paciente. A qualidade de comunicação entre paciente e profissional, está relacionada ao seu ajuste emocional à doença e ao envolvimento do paciente e seus familiares no tratamento e deve ser valorizada. É necessário que os profissionais de saúde tenham uma conduta pautada pelos valores humanos e não apenas pelos valores técnicos e terapêuticos.

O atendimento de um profissional de saúde, na circunstância de uma doença grave, busca compreender uma angústia, um pedido de ajuda. Assim, o profissional precisa aplicar sua sensibilidade para lidar com o ouvir e o sentir de uma pessoa fragilizada, pela doença, pelo tempo que perdeu para chegar ao diagnóstico e pelas tentativas frustradas de solução de seu problema.

## Referências

1. American Cancer Association- *Informed Consent*. Cancer Resource Center. <http://www3.cancer.org/cancerinfo>.
2. Butow PN. When the diagnosis is cancer: patient communication experiences and preferences. *Cancer*. 1996; 15; 77(12): 2630-7.
3. Baile W, Kudelka AP, Beale EA, Glober GA, Myers EG, Bast RC, et al. *Communication Skills Training in Oncology*. *Cancer*. 1999; 86(5):887-96.
4. Roberts, CS et al. Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer*. 1994 1; 74(1 suppl): 336-41.
5. Sprosser JG, Araújo ME. *Papel do cirurgião dentista frente ao diagnóstico positivo de câncer de boca*. Câncer de boca – noções básicas para prevenção e diagnóstico. São Paulo: Ed. Fundação Petrópolis, 1997

## **WORKSHOP – MÓDULO RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE**

### **WORKSHOP – PATIENT-CLINICIAN RELATIONSHIP MODULE**

Moreto G.\*

Sobramfá- Directora de Asuntos Internacionales.

O Workshop iniciou-se com a apresentação do Dr. Yong Lee, Médico de Família nos Estados Unidos, que abordou o tema da importância da espiritualidade no processo do tratamento e cura do paciente. Foi levantada a necessidade de conhecer quem é o paciente, suas angústias e medos assim como estar apto a ouvir os seus questionamentos sobre a vida e a morte, sobre religiosidade que com certeza surgirão no processo da doença. Foram relatados exemplos práticos vivenciados pelo próprio palestrante. A questão fundamental foi a de como é possível ensinar essa postura médica sobre a espiritualidade diante o paciente, já que no Brasil não há um espaço curricular durante a formação médica para se discutir esse tipo de tema. Alguns estudantes levantaram que hoje o profissional só aprende a importância da espiritualidade na sua prática, já depois de formado, e que essa formação depende exclusivamente dele, não havendo um suporte por parte da Universidade. Assim, foi destacada a necessidade de se ter um espaço curricular na faculdade para ensinar e expor o estudante a esse contexto mais amplo do cuidar.

Em seguida tivemos a apresentação do Dr. Carlos Enrique Cabrera Pivaral, Médico epidemiologista da cidade de Guadalajara – México que expôs sobre a dificuldade dos médicos em identificar quadros de disfunção familiar durante uma consulta. Foi levantado que quando se tem o conhecimento das dificuldades enfrentadas por uma família é possível realizar um diagnóstico e um tratamento mais abrangente tendo uma maior eficácia no cuidar do paciente.

Finalizando tivemos a enfermeira Ana Márcia Chairadia (Universidade de São Paulo) que apresentou um trabalho realizado com estudantes de enfermagem sobre a compreensão que eles tem a respeito do sofrimento de um doente assim como suas experiências e limitações em como lidar com essa questão.

O tema da relação médico paciente tem sido amplamente discutido no cenário da assistência a Saúde. Este Workshop nos trouxe a questão sob a perspectiva de diferentes culturas – americana, mexicana e brasileira - mas todas chegam num mesmo ponto em comum que é a necessidade de incorporar ainda na graduação o enfoque humanístico e a visão integral do paciente para assim podermos providenciar o melhor cuidado a ele.





## **SPIRITUALITY AND MEDICINE**

### **ESPIRITUALIDAD Y MEDICINA**

Lee Y.\*

\* Family Medicine Residency. Chula Vista-California

In the age of escalating technological advances, what is essential to our existential well being and identity is often overlooked. These cannot be found neatly packaged in a box. They are revealed and addressed by active engagement with our patients. What is at the heart and soul of someone who comes to us for care is intangible, immeasurable, but just as real as the blood count and chemicals. Physicians have much to share and gain by providing a space within the framework of care for exploring the spiritual concerns of their patients. It is fair to ask whether such an endeavor has proven benefit to the patient. Physicians who seek to practice medicine based on the soundest and most updated research would be surprised to find out how much work has been published in the area of spirituality and medicine. The literature, which was sparse in the eighties, is now full of solid information on the matter. It is clearly a part of good medical practice.

There are a number of questions about spirituality that ought to be asked. Why are spiritual issues important? What does the literature say? Does prayer affect the healing process? Is it fair to discuss these issues and/or pray for the patients? The benefit of such questions is that they frame the discussion within the sphere of evidence-based medicine.

I want to begin by noting that spirituality is an important aspect to most of us. A Gallup poll in 1994 found that 96% of Americans over 18 years of age believe in some form of higher power. Although 70% of physicians report religious inquiries during counseling of terminal patients, only 10% of physicians ask patients about such concerns. The same survey found that the vast majority of the population believes prayer is helpful in the healing process. In fact, according to a report on the Wall Street Journal, prayer is the most common form of alternative medicine practiced. More than half of hospitalized patients believe physicians should pray for them, if not with them. Three fourths of these patients think that physicians should be concerned about their spiritual well being. With these findings, the next step would be to study whether such a practice would benefit the patients in any way.

A landmark study that served to spur research in this area was done by Dr. Byrd at San Francisco General Hospital. The study was titled "Positive Therapeutic Effects of Intercessory Prayer in a Critical Care Unit". The study was published in the Southern Medical Journal in 1988. This was a randomized, double-blind, case-control trial. The results were both surprising and controversial. Clearly there were benefits from the intervention of prayer. The group prayed for was intubated less, had a shorter CCU stay, and less morbidity by several different measurements.

A large number of studies have since followed that have reproduced the results. Other studies identified the benefits of church participation and religious commitment to morbidity, mortality, recovery from childhood trauma, depression, bereavement, and other health related factors. The importance of the findings has not gone unnoticed by the medical schools. Presently, about 80 of the American medical schools have a department of spirituality and alternative medicine. Research and education at these institutions are ongoing.

For the physician who desires to explore this aspect of care, a simple tool to use would be the FICA questionnaire. The four items to be addressed are:

- Faith- Do you consider yourself spiritual or religious?
- Importance- What importance does your faith or belief have in your life? How has it influenced how you take care of yourself?
- Community- Are you a part of a spiritual or religious community? Is this of support to you and how?
- Address in care- How would you like me to address these issues in your care?

These are helpful questions for an initial inquiry. As the comfort level grows, the relationship with the patient should dictate what is discussed and shared with the patient.

It is important to emphasize that the occasion for a spiritual dialogue should not be treated primarily as a time for proselytizing or debating religious views. It is an opportunity for a better personal understanding, relational enrichment, and reflection for both the patient and physician. If used wisely, such a paradigm would add an intangible but thoroughly enriching dimension to medical care.

A brief reference list follows. These will provide additional sources for those interested:

- Spirituality and Health: The art of Compassionate Medicine, Puchalski C.M., Hospital Physician, March, 2001, p 30-36.
- Positive Therapeutic Effects of Intercessory Prayer in a CCU, Byrd RC, et al., Southern Medical Journal, 1988.
- A Randomized, Controlled Trial of the Effects of Remote, Intercessory Prayer on Outcomes in Patients admitted to the CCU, Harris W.S., et al., Archives of Internal Medicine, Oct 25, 1999.
- Gallup G. Religion in America, Princeton (NJ): Princeton Religion and Research Center, 1990.
- Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill?, Ehman J.W., Ott B.B., Short T.H., et al., Arch Internal Medicine 1999; 159:1803-6.
- Larson D.B., Larson S.S., editors. The forgotten factor in physical and mental health: what does the research show? Rockville (MD): National Institute for Healthcare Research; 1994.

## **APTITUD CLÍNICA SOBRE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN MÉDICOS FAMILIARES MEXICANOS**

### **CLINICAL APTITUDE ABOUT FAMILY DISFUNCTION IN MEXICAN FAMILY PHYSICIANS**

Cabrera-Pivaral C.\*

\* Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara. Jalisco, México.

La disfunción familiar requiere de una oportuna identificación por parte de los médicos familiares. De hecho ellos deberían estar capacitados para interpretar las dificultades potenciales de la familia, con el objeto de orientar el manejo de las mismas y el tratamiento de la enfermedad desde una perspectiva integradora.

El propósito de este trabajo fue medir la aptitud del médico familiar para detectar y tratar la disfunción familiar en una muestra representativa de médicos familiares en cuatro Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Guadalajara, Jalisco, México.

El instrumento de la investigación estuvo estructurado y validado, se aplicó al azar a 200 médicos. La principal variable de estudio fue la aptitud clínica de los médicos: indagación, interpretación y orientación de la disfunción familiar en la práctica de su profesión; y a través de una escala ordinal se definieron niveles de aptitud, los cuales se relacionaron con el resto de variables utilizando la mediana, la U de Mann Whitney y el estadígrafo de Kruskal Wallis.

Los resultados globales reflejaron una mediana de 75 puntos con una aptitud favorable (> de 80 puntos) para el 4% de los médicos familiares. Al relacionarla por el resto de variables no se demostró significancia estadística (KW :  $p > 0.05$ ).

Estos resultados reflejan limitaciones en los médicos familiares para identificar la disfunción familiar, así como también la falta de ambientes favorables para la reflexión, en la implementación de estrategias educativas.



## **CONHECENDO E RESPONDENDO AO SOFRIMENTO HUMANO NA SITUAÇÃO DE DOENÇA: A EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM**

**HUMAN SUFFERING: AN EXPERIENCE OF NURSE'S STUDENTS**

Mendes Ana Márcia Chiaradia, Angelo Margareth

A incerteza vivenciada pela experiência de doença gera uma situação de sofrimento que precisa ser identificada e apoiada, e que demanda preparo do enfermeiro ainda na graduação para desempenhar esta responsabilidade profissional. Estudos têm demonstrado que, dentre as causas que geram estresse nos alunos durante a Graduação em Enfermagem, destacam-se o contato com pacientes em estado terminal, o desconforto diante da morte de um dos pacientes e o fato de não saber lidar com o sofrimento humano. (Rhead, 1995; Timmins, Kaliszer, 2002).

Diante disso, perguntamos: como são as experiências de aprendizagem do estudante de Enfermagem sobre o sofrimento humano?

### **Objetivos**

Compreender o que o estudante de Enfermagem compreende sobre sofrimento humano, e como ele experiêcia este tema em seu processo de formação.

### **Metodologia**

Trata-se de um estudo qualitativo, em que os participantes consistiram em 31 estudantes de Graduação em Enfermagem de uma Universidade pública de São Paulo, com idades variando entre 20-28 anos. A maioria era do quarto ano, sexo feminino e religião católica. Os dados foram coletados por meio de formulários com questões abertas e entrevistas, e analisados segundo os passos propostos por Mayan para análise de conteúdo: codificação, categorização e integração. Todos os participantes foram previamente esclarecidos quanto à natureza e objetivos do estudo, assegurados quanto ao anonimato e sigilo dos dados e consentiram livremente em participar.

## Resultados

A análise dos dados revela que a experiência dos alunos com relação ao tema sofrimento durante a Graduação é manifesta através de quatro categorias principais:

- *Reconhecendo o sofrimento*: os alunos reconhecem fontes que causam sofrimento nos pacientes e também nas famílias. São exemplos de fontes reconhecidas pelos alunos como causadoras de sofrimento: gravidade da doença, dor, condições impostas pela doença, sentir-se desrespeitado.
- *Testemunhando e vivenciando o sofrimento*: as situações nas quais o aluno experienciava o sofrimento são aquelas em que ele testemunha a situação, observando alguém cuidando ou sendo o próprio cuidador de alguém em sofrimento, e quando ele mesmo vivencia o sofrimento, experimentando o cuidado de outros. Nessas experiências, o aluno percebe comportamentos de cuidar que podem aproximar (pontes) ou afastar (obstáculos) o enfermeiro do paciente. Exemplos de “pontes” seriam aqueles comportamentos em que o enfermeiro se mostra intencionalmente presente com o paciente, ficando ao lado, segurando em sua mão, ouvindo, conversando, confortando. Exemplos de “barreiras” seriam a ausência do enfermeiro ou a indiferença diante do sofrimento do outro.
- *Respondendo ao sofrimento*: diante das experiências de sofrimento que o aluno reconhece, testemunha e vivencia, ele responde primordialmente de duas formas: sentindo-se desconfortável, pela sensação de impotência e limitação que o sofrimento desencadeia, e também quando ele reconhece que o enfermeiro ou ele mesmo não conseguem se aproximar do paciente. No entanto, o aluno também se sente motivado, quando percebe que mesmo diante de uma situação tão difícil, há atitudes no cuidar que podem confortar o paciente, procurando então se espelhar no enfermeiro em sua própria prática.
- *Refletindo sobre o sofrimento*: a convivência com o sofrimento desperta o aluno para um momento de reflexão crítica quanto às suas experiências de aprendizagem sobre o tema na Graduação, destacando que o preparo para lidar com o tema na Graduação é inadequado, existindo um vazio entre o que é abordado na teoria e o que é encontrado na prática. Apesar disso, o aluno reconhece que aprender a lidar com o sofrimento humano é uma experiência constante na vida do profissional, sendo um processo que se estabelece junto às experiências pessoais e profissionais de cada um.

## **Conclusões**

- Os estudantes de enfermagem compreendem e reconhecem fontes de sofrimento não só para o paciente, mas para a família.
- As situações em que os estudantes experienciam aprendizagem sobre sofrimento são: observar o enfermeiro cuidando de alguém em situação de sofrimento, cuidar de alguém em situação de sofrimento, e viver a experiência de ser cuidado em situação de sofrimento.
- Os estudantes refletem sobre a atuação do enfermeiro e identificam comportamentos que aproximam e que dificultam a intervenção; quando atuam, procuram fazê-lo de forma a aproximar-se do sofrimento do paciente.
- Os estudantes não se sentem aptos para lidar com o sofrimento e acreditam que o preparo durante a Graduação precisa ser aprimorado.





## FAMILY MEDICINE IN HONDURAS: INITIAL CONSULTATION REPORT

LA MEDICINA FAMILIAR EN HONDURAS: REPORTE INICIAL DE CONSULTA

Sevilla J,\* McKeag D,\*\* Kiofsky R. \*\*\*

\* Professor of family medicine. \*\*Chair department of Family medicine, Indiana University. \*\*\*Professor of family medicine. Director of pre doctoral education, department of Family medicine, Indiana University

*La Medicina de Familia es un nuevo concepto en Honduras donde la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (U.N.A.H) es responsable de la educación de profesionales de la salud tanto a nivel de pre grado como de pos grado. La educación médica de post grado depende directamente de la dirección general de estudios de post grado. La mayoría de graduados de la escuela de medicina se dedican a la práctica de la medicina general y un número reducido obtiene acceso a educación médica de post grado en el Hospital Escuela y en el extranjero. Actualmente hay siete médicos de familia en Honduras. Ninguno esta envuelto en academia pero algunos tienen interés en desarrollo de programas y participación en academia en el futuro. Dos iniciativas previas para el desarrollo de un programa de residencia en medicina de familia en Honduras no fueron logradas. Las razones expuestas para que estas iniciativas no fueran exitosas incluyen falta de recursos financieros, insuficiente información presentada a las autoridades de educación pertinentes así como un sistema no listo para la innovación. Este artículo resume el proceso inicial de consulta para el desarrollo de un programa de residencia en medicina de familia dirigido por el departamento de Medicina de Familia de la escuela de medicina de la Universidad de Indiana.*

### Introduction

In December 2002, J. Sevilla, MD met with the Director of Post Graduate Medical Education, and the Assistant Director of Post Graduate Medical Education as a follow-up to initial discussions about Family Medicine during a visit to IUSM in September 2002.

During this meeting, both authorities expressed their interest and support of the initiative to create a Family Medicine Residency training program in Honduras. It was concluded that such a program would be a great asset to the Honduran health system and the people it serves. As a result, an invitation to conduct a consultation directed by the Family Medicine Department at IUSM was made.

## **Background**

Family Medicine is a new concept in Honduras where a Family Medicine Residency training program does not exist.

The National Autonomous University of Honduras (U.N.A.H.) is responsible for the education of health professionals at the pre-graduate and postgraduate levels. The postgraduate medical education depends directly on the Direccion General del Sistema de Estudios de Postgrado (Division of Postgraduate Studies). Most of the medical school graduates enter general practice after graduation and a small number obtain access to postgraduate medical education in the university hospital and overseas.

Currently there are seven Family Physicians in Honduras. None of them are involved in academics but some have interest in program development and future academic involvement.

Two previous initiatives of Family Medicine program development in Honduras have not succeeded. The disclosed reasons why these attempts were unsuccessful are not clear but included lack of financial resources and insufficient information at the appropriate levels of the medical education system as well as unreadiness of the system.

## **The Consultation Purpose/Objectives**

1. To introduce the concept and curriculum of Family Medicine to university authorities involved with postgraduate medical education, the medical association of Honduras, government authorities, and the director of the hospital of the Honduran institute of social security.
2. To assess the feasibility and readiness for the development of a Family Medicine residency training program in Honduras.
3. To recognize available academic settings and infrastructure that may be used for training Family Medicine residents.
4. To discuss logistic support needed to provide faculty and program development as well as resident training.

## **Summary of Activities**

1. Introduction and overview of the medical education structure and health system of Honduras.
2. Meeting with Director of the Social Security Hospital. Interest and feasibility of a co-host program paid by the IHSS was discussed.
3. Touring of the Honduran Institute of Social Security Hospital and ambulatory medicine site.
4. Presentation of Family Medicine as a medical specialty by Dr. Richard Kiovsky to government, university and medical authorities.
5. Presentation of IUSM Family Medicine curriculum by Dr. Javier Sevilla to government, university and medical authorities.
6. Group discussion of the project with the representative of the Minister of Health, the Medical Association of Honduras, the Postgraduate Education Director, the Director of Internal Medicine of the University Hospital, a Family physician interested in program development.
7. Question and answer time by Dr. D. McKeag with discussion group listed above.
8. Debriefing meeting.
9. Touring of Hospital Escuela (University Hospital) and School of Medicine.
10. Final meeting with the consultant group.
11. Consultants debriefing meeting.

## **Assessment**

There is feasibility and readiness considering Honduras' background in relation to its health system and medical education and the interest demonstrated during our one week visit and interaction with the different authorities. We consider that the success of the initiative will depend on the efforts to create a local Family Medicine Program Development Committee and their diligence in negotiating with the Medical Association, Ministry of Health and the IHSS.

Our commitment and contribution must be an institutional and joint effort with other family medicine programs to be able to coordinate faculty exchange.

Finally, this project is an example of bilateral benefits for the involved parties since it will create an ongoing exchange between IUSM and UNAH, enhancing medical education, research and outreach while introducing the Family Medicine model of care based on comprehensiveness and continuity.

## **Recommendations**

To establish a Family Medicine Advisory Committee with participation of the different Interested departments of the Honduran School of Medicine, Medical Association, Academic Direction of the University Hospital, Director of the Social Security Hospital and the Ministry of Health.

To submit an international collaboration agreement between UNAH and IUSM. To create a list of potential faculty interested in teaching Family Medicine residents to plan faculty development activities as well as a list of committed faculty from IUSM.

To continue discussions with the Medical Association, Ministry of Health and the IHSS to design the future of Family Medicine graduates concerning specialty status, employment and salaries.

## LA NARRATIVA DEL PACIENTE COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA

### PATIENT'S NARRATIVE AS A THERAPEUTIC TOOL

Ramírez Villaseñor I.\*

\* Especialista en Medicina Familiar. Maestro en Farmacología. Jefe de Departamento Clínico. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara , Jalisco. México.

*Patients may be seen for years without truly knowing their life history even when being aware of the history of their sicknesses. An on-time and a high medical-quality service may be provided without realizing what the fears, joys and other feelings of our patients are. A preventive health program may be adequately fulfilled without knowing the person. The same could happen in a familiar dimension. Only medicine centered in the person accomplishes these tasks and simultaneously gets to know the emotional history of the patient – his/ her fears, goals, wishes, etc. Narrative is the doorway for entering this process which does not end until the very doctor-patient relationship ceases. Certain techniques and will from both parts is needed so that the narrative of the patient's life becomes a therapeutic tool itself. When making good use of the patient's narrative to comprehend and accept his/her emotions the physician becomes- in Michel Balint's words- the best drug.*

### Introducción

La prueba definitiva a que se enfrenta todo MF es **resolver los casos reales que se le presentan día a día**; debe aplicar en pocos minutos sus conocimientos e intuición en una gama enorme de situaciones. Ese es el complejo arte-ciencia de la medicina la combinación razón-intuición-. La otra tarea ineludible del MF “doctor” es decir *maestro*, es que siempre enseña a sus pacientes un significado de su enfermedad (voluntaria o involuntariamente) y como **deben** vivir con ella; los médicos tenemos una idea semiconsciente, pero extraordinariamente firme acerca de cómo **el paciente debe comportarse ante su enfermedad** (M. Balint) <sup>1</sup>. La enfermedad por su parte, produce dolor psíquico totalmente real, que no tiene alivio fácil en muchos pacientes; sin embargo,

cuando el paciente se revela a sí mismo frente al médico obtiene beneficio terapéutico; este proceso inicia con el desarrollo de empatía y continúa con la narrativa terapéutica<sup>2,3</sup>.

El desarrollo de empatía depende considerablemente de la forma como se inicia la consulta médico-paciente. En México es frecuente encontrar frases como las siguientes: ¿Qué le pasa?; ¿En que puedo servirle?; ¿Qué me platica? ¿Y como andan las cosas en su casa? ¿Viene a control de su presión? Estas y otras frases son expresadas a menudo de manera intuitiva y le dicen al paciente lo que puede esperar de la consulta. Cuando no se acompañan del nombre de la persona, ni un saludo de mano suenan poco empáticas.

La primera pregunta **¿Qué le pasa?** Es una pregunta abierta *pero impersonal*, limita al paciente a mostrar quejas somáticas y deja poco espacio para hablar de su narrativa de vida y emociones.

**¿En que puedo servirle?** Sirve al mismo propósito, pero implica una actitud amable y atenta, crea una mejor atmósfera inicial.

**¿Qué me platica?** Está orientada hacia una persona que ya conocemos, le queremos mostrar familiaridad y disposición a escuchar un posible relato de vida, el paciente tiene la opción de platicar sobre su situación psicosocial o limitarse a describir síntomas somáticos.

**¿Cómo andan las cosas en casa (o el trabajo)?** Se dirige a una persona conocida que nos ha relatado antes parte de su vida que le ocasiona sentimientos negativos, y el médico le da la oportunidad de volver a su relato.

**¿Viene a control de su presión arterial?** Este tipo de preguntas las podemos hacer conscientemente cuando la carga del día es abrumadora, e intentamos saber si el paciente acepta la reducción de sus expectativas. La respuesta puede ser: si ya se me acabó el enalapril; o sí doctor, pero también tengo otro problema...

¿Qué preguntas iniciales hacer en cada caso? Solo la intuición podrá darnos la respuesta que será modelada por nuestra experiencia, destrezas interpersonales y circunstancias específicas. Lo anterior muestra que la presentación de la narrativa del paciente depende de la **propia disposición consciente e inconsciente del médico**; de tal forma hay médicos que rara vez conocen algo de la esencia emocional de sus pacientes, y en el otro extremo están quienes se ven abrumados con largos relatos en medio de una consulta sobrecargada. Diríamos que los primeros no emplean el poderoso efecto terapéutico del médico-persona, mientras que los segundos no han comprendido que el médico-medicamento como los fármacos, tiene riesgo de sobredosificación para el paciente y agotamiento del médico<sup>4,5</sup>.

¿Porque simplemente no usar las técnicas que usan los psiquiatras? Dice Michel Balint "... Las dos técnicas (*la del médico general y la del psiquiatra*) parecen diferir considerablemente; y si un psiquiatra o psicoanalista tratara de impartir su técnica al médico general, aun cuando ésta tuviera éxito en su propia práctica, ocasionaría graves perjuicios..."<sup>6</sup> En ese sentido, El antropólogo Claude Levi Strauss, afirma que el chamán **cura porque es el curandero y –sus pacientes y el mismo- están convencidos de que tiene el poder de curar.**<sup>7</sup> De la misma manera, en una relación médico-paciente sana, ambos esperan obtener resultados benéficos. Desde luego que no se trata de volverse charlatán o un iluminado, sino de utilizar adecuadamente algunas técnicas psicológicas; y

no olvidar que solo es posible establecer una relación médico-paciente cuando vemos al paciente como persona; y que sin afecto, dedicación y entusiasmo no podría haber puente de comunicación<sup>8</sup>. Esto requiere tiempo, sin embargo el paciente habla en promedio 18 segundos antes de ser interrumpido por el médico. Si el paciente hablara 3-4 minutos diría 90 por ciento de lo que constituye su problema. Lo cual sería un comienzo muy útil<sup>9</sup>.

El médico con su habilidad profesional crea una atmósfera en el que el paciente acepta dejar salir algunas de las partes de su personalidad, su carácter o historia remota; es decir el paciente se reconoce así mismo en el ambiente facilitado por su médico; la psicoterapia es en esencia una acción recíproca entre dos personas. El proceso trata de capacitar al enfermo para que pueda decidir cual es el paso que sigue. Pero este proceso no depende – como se supone mayoritariamente- de darle confianza y estímulo al paciente, guiados por el sentido común y la comprensión humana; sino que depende de destrezas que deben ser aprendidas y de una capacidad de autocrítica constante (capacidad reflexiva).

Cada síntoma psicológico debe ser siempre tomado en serio, y aceptado por el médico, analizado lo mejor posible, al igual que hace con los síntomas físicos. Además debe ser examinado *junto* con el enfermo, quien debe de intentar examinar su propio síntoma, si el enfermo no participa en este proceso no puede haber efecto psicoterapéutico<sup>10</sup>. Corresponde al médico comprender el síntoma del paciente e interpretarlo en palabras útiles que tengan significado para el paciente, y le ayuden a comprenderse mejor y finalmente cambiar. La contribución del médico al proceso depende de su habilidad y capacidad de responder de forma constructiva ante las revelaciones del enfermo; siendo fundamentales la personalidad del médico, su flexibilidad y generosidad.

El MF suele considerar a los pacientes con enfermedad psicológica severa como demasiado complejos para ser atendidos en medicina familiar. Pero los pacientes consideran a su MF la piedra angular de su tratamiento debido a que les escucha, está dispuesto a aprender de su caso (escuchar su narrativa) y da seguimiento de forma continua. Los pacientes enfatizan el optimismo y la esperanza de recuperación. Es necesario sin embargo, reconocer que hay un subgrupo de pacientes que no responden adecuadamente a los intentos del médico de crear lazos a nivel emocional; -lo que podría ser incluso contraproducente- entre estos pacientes destacan quienes sufren de trastorno de personalidad del grupo A (con rasgos paranoides, esquizoides, o esquizotípicos) estos pacientes tienen miedo del médico, aparecen distantes, y suelen tener creencias extravagantes. El enfoque recomendado es el tratamiento farmacológico y mantener cierta distancia profesional, y evitar el cuestionamiento de las ideaciones, o conductas atípicas al tiempo que se dan explicaciones simples y claras; sin involucrarse en temas personales y sociales<sup>11-12</sup>.

### **El contenido de la historia médica del paciente. (Lisanky 1967)**

Hay 3 niveles del contenido de la narrativa, **1. por arriba de la línea**, que incluye los tópicos médico-biológicos tradicionales y que no representan amenaza emocional, como:



dolor, fatiga ictericia, tos, cefalea; y los temas acerca de las enfermedades de los ancestros, la propia historia médica personal y la semiología de la enfermedad actual. En el nivel **2. límite**, están los temas un poco mas profundos pero sin alto contenido emocional, se incluye el nivel educativo, el descanso, patrón de sueño, pasatiempos, rutinas diarias, intereses sociales. Nivel **3. debajo de la línea**, están los temas considerados muy personales, que contienen materiales potencialmente cargados de culpa o vergüenza; los sentimientos, estados de ánimo, opiniones, actitudes hacia si mismo y las personas importantes alrededor, y los temas del sexo y el dinero <sup>13</sup>.

Si el médico se mantiene en el nivel 1; el paciente-persona permanecerá desconocido. Las razones para que esto ocurra pueden provenir tanto del paciente que tiene grandes defensas para proteger una personalidad poco integrada, o del médico que teme enfrentarse a un mundo de incertidumbre. En esta situación, es difícil que un paciente mejore de enfermedades crónicas y en especial cuando presenta un síndrome somatoforme. Muchas veces el paciente da pistas, hace intentos de mostrar que hay algo más que el relato médico tradicional, pero deja de dar señales si considera que el médico las rehuye o no las entiende e interpreta siempre los síntomas como de origen somático.

Si la relación médico paciente está fincada en la confianza y el muto deseo de ir al fondo del origen del síntoma, se puede avanzar con preguntas como ¿hay alguna cosa de su vida personal que me quisiera platicar? También se puede conectar los síntomas somáticos con el estrés de la vida diaria, o con hechos actuales. Otra manera es confrontar al paciente diciéndole que cuerpo parece estar expresando tensión que se encuentra al interior de su mente. En cualquiera de las formas, se debería de partir de escuchar con atención la queja principal y comprender lo mejor posible lo relacionado con ella, así como la exploración física relativa y si fuera necesario estudios auxiliares. Si se hace esto es posible establecer una comunicación que permitirá ir en profundidad.

## **TESIS PRINCIPAL**

La escucha empática es el primer paso que seguido de algunas técnicas de reflexión pueden ayudar a que el esfuerzo del médico sea más efectivo. El médico debe tomar conciencia de las emociones que le produce la interacción con el paciente (contra-transferencia)<sup>14</sup> y considerarlas como posiblemente transferidas por su paciente; al analizar estas emociones puede orientarse hacia la comprensión del sufrimiento de su paciente.

## EJEMPLOS DE CASOS REALES

### EJEMPLO 1

*“Buenas tardes doctor, mire me siento mal, me duele la garganta, la tos no se me quita, no se que tengo, como que me va a dar gripa, pero ni me da, no me fluye, ni se me quita, ya me dieron unas medicinas hace 4 días, y yo no me compongo, también me duele la cabeza, me falta fuerza...”* Marisela de 66 años de edad, de con peinado impecable y maquillaje esmerado expresa su desesperación; ya recibió amoxicilina, y ranitidina en los 4 días previos. La intuición me dice que hay mucho fondo psicológico en este caso.

*¿Además de los síntomas que ya me dijo, tiene otras molestias? Si, a veces me falta el aire, estoy temblorosa, me siento nerviosa, me siento cansada.* La revisión física es irrelevante. Le expreso con amabilidad y mirándola a sus ojos que sus pulmones están muy bien, estoy completamente seguro de que no hay complicación, y parece que le quiere dar una gripa, su cuerpo se está defendiendo muy bien...” Eso la tranquiliza. Le digo que tengo la impresión de que su cuerpo está expresando cierta presión que parece haber en su interior hago espacios dando oportunidad a aceptar la invitación a mostrar sus emociones. Los ojos de la señora Marisela se llenan de lágrimas, muestro mi comprensión y aceptación a su sentimiento... Se anima y dice *“estoy a punto de perder mi casa, ya me embargaron todos mis muebles, estoy desesperada”* Siento su dolor, su angustia, la animo a expresarse, gime, respira un poco y relata que los embargos son por las deudas de sus hijos, llora intensamente... Cuando se calma un poco uso técnica BATHE<sup>15</sup>, normalizo su sufrimiento, acepto sus sentimientos de impotencia, su rabia. Después de 20 minutos *“No se porqué, pero me siento aliviada, nunca había consultado a un médico familiar”* Gracias por su confianza al haber compartido conmigo su pena, señora Marisela.

Si se observa con cuidado, se notará que era tal la ansiedad de la paciente que ella inició la consulta a través del saludo; el principal papel jugado por el médico fue aceptar la comunicación en los términos establecidos por la paciente; observación atenta, y no rechazar lo que podría considerarse una paciente un tanto intrusiva fueron la clave. ¿Qué fue lo que el médico enseñó en este caso? Entre otros, enseñó que hay una conexión directa entre los sentimientos y los síntomas corporales.

### EJEMPLO 2

Salvador, de 54 años, empleado de nivel medio del Gobierno; conocido desde hace 11 meses; ha logrado un control excelente de su diabetes mellitas tipo 2 e hipertensión arterial; usaba 4 medicamentos con ese fin y aun así sus glicemias de ayuno estaba por arriba de 180 mg/dL, y su HbA<sub>1C</sub> arriba de 7.5; después de apoyo educativo en folletos y ajuste cuidadoso de glicemias, hojas para registro de glicemias y monitorización en casa;

logró autonomía suficiente para regular la dosis de medicamentos; horario de alimentación y ejercicio. El resultado es excelente control de su glicemia de ayuno (promedio de 110 mg/dL) y HbA<sub>1c</sub> de menos de 6.7, también su presión arterial 120/75; y redujo sus medicamentos a solo 2, metformin y losartan.

En los últimos 2 meses consulta por un episodio agudo de intenso dolor en la línea media de tórax, acompañado de severa respuesta simpática (palidez, sudoración) imposibilidad para hablar, o deglutir la saliva, se acompaña de dolor abdominal intenso de carácter espasmódico; dura unos 15 minutos y le deja gran fatiga por unas horas después desaparece todo síntoma. Niega síntomas cardiológicos como disnea paroxística, dolor de esfuerzo; y toda la revisión cardiovascular clínica es normal. Otro episodio de dolor torácico similar ocurrió 1 año atrás, se estudió su posible origen cardiológico y se descartó después de ECG, prueba de esfuerzo, ecocardiografía, enzimas cardíacas. El gastroenterólogo, hace un año encontró normal la endoscopia esofágica, pero hizo una esfinterectomía por espasmo del esfínter de Oddi (que no parece relacionado con el cuadro clínico). Considerando el mismo diagnóstico de espasmo funcional del esófago se solicitó nueva evaluación del gastroenterólogo, quien encontró normal la endoscopia esófago-gástrica, y el ecosonograma hepático muestra “esteatosis grado I.”

Los antecedentes de Salvador muestran importante historia de trastornos funcionales y síntomas somáticos desde su juventud (síndrome de intestino irritable, “presión baja”, cefalea tensional, insomnio, irritabilidad, baja energía, dolores musculares sin inflamación). Aunque en 4 consultas ha aceptado que existe relación entre sus síntomas somáticos y el estrés psicosocial, evade formalizar consultas específicas para la mejor comprensión de su entorno psicosocial. Cuando me encuentro a la esposa de Salvador (también mi paciente) me explica que su esposo es “muy enojón” y que se preocupa mucho pero que no puede dar muestras de debilidad (mostrar sus sentimientos sería para Salvador el equivalente a perder su dignidad).

¿Qué hacer? Desde luego respetar la decisión del paciente, y mostrar paciencia, buena voluntad, y puertas abiertas. Esta reflexión redujo mi frustración al tener que dar un servicio inferior a mi estándar. Bajé mi expectativa a la del paciente para evitar la amenaza a la relación médico-paciente. ¿Qué fue lo que el médico enseñó en este caso?

### EJEMPLO 3

El 18 de marzo de 2005, veo por primera vez a una paciente de 79 años, viuda, diabética de control difícil, hipertensa, sufre de osteoporosis, artrosis de ambas rodillas, y depresión, agravada por dependencia a clonazepam en dosis de 4 mg al día que equivalen a 80 mg de diazepam; además refiere sufrir de lupus eritematoso sistémico. El motivo de consulta es – además de requerir aproximadamente 10 medicamentos que toma diariamente- es “un ruido insoportable en la cabeza” y sensación de calor en la cara. Al intentar hacer la semiología de los síntomas surge verborrea incontenible por varios minutos con quejas de molestias abdominales, debilidad, lumbalgia, dolor severo de las rodillas, lamentos de las dificultades para acudir a consulta... La reflexión acerca de la transferencia que percibo es de una abrumadora confusión –como hacía años que no sentía- a tal grado que me estaba

embargando la sensación de impotencia, impaciencia, coraje y rechazo hacia la paciente. Habían transcurrido 20 minutos de consulta y ya no era posible recibir un síntoma más. Aun bajando mis expectativas a solo prescribir sus fármacos y terminar con la consulta me parecía difícil. Era evidente que además de las enfermedades físicas había enorme fondo psicossomático detrás de los síntomas. “*esto era tan obvio*” me decía mi intuición; mi mejor metodología para pacientes difíciles estaba rebasada; combatí mi rechazo y deseo de terminar la consulta lo mas pronto posible y decidí confrontarla con la naturaleza psicossomática de fondo.

*“Señora B, su cuerpo parece estar mostrando un tremendo sufrimiento que hay en el interior de Usted misma, está hablándonos intensamente, tal vez hay alguna cosa que ocurre en su vida que quisiera platicarme...?”*

Lo que siguió fueron 20 minutos de relato de una historia de desdichas, rechazos, sufrimientos y odios guardados por décadas; y la propia sorpresa de la señora B *¿Cómo hizo que yo le platicara estas cosas?, nunca a nadie le había dicho esto*. Mostró la vergüenza habitual de quien ha confiado mucho de su intimidad en una sola ocasión; pero acordó volver a platicar en una semana aclarando “a mi no me gusta nada eso de la psicoterapia –mi hija es psicóloga...” Terminé la consulta con receta de 7 medicamentos.

Las siguientes 5 consultas cada 2 semanas “para platicar” hago un genograma con pocos trazos, mientras me relata como se casó a los 32 años con el viudo de su hermana, “solo para cuidar a los 5 hijos que había dejado al morir”, tuvo dos hijas propias que ahora tienen alrededor de 40 años; la vida con su marido fue terrible “era falso y mal educado, la enfrentó con sus hijos adoptivos”. Sin embargo la señora B, cuidó de su marido en una larga y penosa agonía de un cáncer de próstata del que murió en 1988. Doña B, mantiene rencor intenso por la explotación que varios médicos hicieron de su esposo en estadio terminal del cáncer, la heridas surgidas al decirle la verdad del diagnóstico a ella pero darle una versión diferente al enfermo y sus hijos. Se aceptan sus sentimientos, y refuerzo su autoestima muy lesionada por años de humillaciones, que han forjado un carácter de aspecto rudo y hosco hacia quienes le rodean.

No ha llorado en la últimas 3 entrevistas (cada 2 semanas), tiene mejor sentido del humor, ha reducido el clonazepam a la mitad (hecho inesperado) sin presentar rebote de ansiedad. Sigue preguntando que como he logrado que me platique cosas que no había comentado con nadie –incluso a su sacerdote- no tengo la respuesta, solo se que ahora siento mas aprecio por ella.

## **CONCLUSIONES**

Termino con palabras de M. Balint: “La medicina general tendrá que aceptar su limitación en cuanto a precisión –no puede aspirar al mismo nivel de exactitud que la medicina hospitalaria.

**Y su centro obligado no será la enfermedad, sino el paciente;** y las técnicas de tratamiento que utilice tendrán siempre la necesidad de un elemento psicoterapéutico poderoso; que no podrá evaluarse a través del método científico del doble ciego. Es la medicina de la persona total”.

El desarrollo de estas habilidades le permitirá al médico crecer en su propio control emocional y reconocer sus limitaciones profesionales y personales. Escribe Jorge Luis Borges en una novela que a un personaje le ha ido mal en la vida “... *le tocaron malos tiempos... como a todos los hombres...*”<sup>16</sup> Si los MFs comprendemos esas historias de vida podríamos construir junto con nuestros pacientes relaciones con poder terapéutico.

## Referencias

1. La personalidad del médico. En Michel Balint. Técnicas psicoterapéuticas en medicina. México, Editorial Siglo XXI, 1ª Edic. 1966:120-132.
2. Margo KL, Margo GM. Early diagnosis and empathy in managing somatization. Am Fam Physician. (editorial) 2000; 61;(5):1282-1285.
3. Sohr E. The difficult patient. MedMaster Miami, 1996:5
4. Balint Fascículo 1. Lab. Roche 1970. Citando a: Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Petite Bibliothèque Payot, Paris 1966.
5. Gillette RD. Problem patients: A fresh look at an old vexation. Family Practice Management 2000: [www.aafp.org/fpm/20000700/57prob.html](http://www.aafp.org/fpm/20000700/57prob.html)
6. Psicoterapia por no psiquiatras. En Michel Balint. Técnicas psicoterapéuticas en medicina. México, Editorial Siglo XXI, 1ª Edic. 1966:22.
7. Bases histórico-antropológicas de la relación médico-paciente. La lógica relacional humana. En: Habilidades en salud mental para médicos generales. Gonçalves-Estella F. Compilador. 2ª Edic. Sociedad Española de Medicina General. Madrid 1996:63-80.
8. Moreto G. Cuidando do paciente. En Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. Princípios da medicina de família. SOBRAMFA. São Paulo, Brasil. 2003:121-136.
9. Belzer JE. Improving patient communication in no time. FPM mayo 1999.
10. El examen por el enfermo en: En Michel Balint. Técnicas psicoterapéuticas en medicina. México, Editorial Siglo XXI, 1ª Edic. 1966:61-75.
11. Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. BMJ 20 April 2005. disponible en [www.globalfamilydoctor.com](http://www.globalfamilydoctor.com) del 28 de Abril 2005.
12. Ward RK. Assesment and management of personality disorders. Am Fam Physician 2004;70:1505-12.
13. Lisanky ET, Shochet BR. Comprehensive Medical Diagnosis for the internist. Medical Clinics of North America 1967;51(6):1381-1397. Citado por Sohr E. The difficult patient. MedMaster Miami, 1996:59
14. Physician emotions. En Sohr E. The difficult patient. MedMaster Miami, 1996:17-28.
15. McCulloch J, Ramesar S, Peterson H. Psychotherapy in primary care: The BATHE technique. Am Fam Physician 1998;57:2131-34.
16. Del Paso Fernando. El espejismo de la comunicación global. Editorial Rayuela, Guadalajara, México, 2005:13

## PATIENT'S NARRATIVE AS A THERAPEUTIC TOOL

### LA NARRATIVA DEL PACIENTE COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA

Ramírez Villaseñor I.\*

\* Family Physician. Master in Pharmacology. Mexican Institute of Social Security. Guadalajara Jalisco. Mexico.

*Se puede “dar consulta” por años a un paciente sin conocer su historia de vida a pesar de conocer la historia de sus enfermedades. Se puede “dar un servicio” puntual y de buena calidad técnico-médica sin saber cuales son los temores, alegrías y demás sentimientos de nuestros pacientes. Se puede cumplir adecuadamente con un programa preventivo de salud sin conocer a la persona. Lo mismo podría ocurrir en la dimensión familiar. Sólo la medicina centrada en la persona cumple con las tareas anteriores y al mismo tiempo conoce su historia emocional –sus temores, aspiraciones, deseos etcétera-. La narrativa es la puerta de entrada en este proceso, que no termina sino hasta que la relación médico-paciente cesa. Para que la narrativa de vida del paciente se convierta en herramienta terapéutica se requiere de ciertas técnicas y disposición de ambas partes. Cuando se aprovecha la narrativa del paciente para comprender y aceptar sus emociones el médico se convierte –en palabras de Michel Balint- en el mejor medicamento.*

#### Introduction

The definitive test which every family physician faces is **solving the real cases that present to him/her day by day**; in few minutes the family physician must apply his knowledge and intuition to an enormous range of situations. That is precisely the complex art-science of medicine in combination with reason and intuition. The other ineludible task of the family physician is that he always teaches his patients to see a meaning in their sickness (voluntary or involuntarily) and how they **must** live with it. As physicians we have a semiconscious but extraordinarily firm idea of how **the patient must behave before their sickness** (M. Balint) <sup>1</sup>. On the other hand, the sickness itself produces a completely real psychic pain that has no relief for many patients<sup>2</sup>, however, when the patient reveals himself before the physician he obtains therapeutic benefit <sup>3</sup>; this process initiates with the development of empathy and continues with therapeutic narrative.

The development of empathy considerably depends on the way in which the physician-patient examination begins. In Mexico, it is frequent to find phrases such as the following: What is wrong?; What can I do for you?; What would you like to tell me?; How are things back at home?; Are you here for your blood-pressure control? These and many other phrases are often expressed in an intuitive way and implicitly tell the patient what he/she may expect from the examination. When these questions are not accompanied by the name of the person or a handshake they do not sound empathetic.

The first question **What is wrong?**, is an open *but impersonal* question which limits the patient to show his somatic complaints leaving no room for talking about his life and emotion's narrative.

**What can I do for you?** Serves exactly the same purpose, but implies a gentle and thoughtful attitude, thus creating a better initial atmosphere.

**What would you like to tell me?** This question is oriented towards a person we already know. It indicates we want to show familiarity and our will to listen a life story. In this case the patient has the option to talk about his psycho-social situation or to limit himself to describe his somatic symptoms.

**How are things at home (or at work)?** It is directed to a person we already know and that has narrated aspects of his life that arouse negative feelings in him, before. The physician gives him the opportunity to go back to his narrative.

**Are you here for your blood-pressure control?** We may consciously pose this kind of questions when the amount of work is overwhelming. In this case we intend to find out if the patient will accept the reduction of his expectations. The response may be: yes, I ran out of enalapril; or yes doctor, but I have another problem too...

Which initial questions should we pose in each case? Only intuition will give us the answer which will be shaped by our personal experience, interpersonal skills and several specific circumstances. The above mentioned demonstrates that the narrative presentation of the patient depends of the **conscious and unconscious disposition of the physician** which in turn derives in that there are physicians who rarely get to know the emotional essence of their patients, or in the on the other side, derives in physicians overwhelmed with endless stories in the middle of an over-saturated day. It could be said that the former do not use the powerful therapeutic effect of the physician-drug<sup>4</sup>, while the later have not yet understood that the physician-drug just as drugs themselves contain the risk of over-dosage to the patient and exhaustion for the physician<sup>5</sup>.

Why not simply use the techniques utilized by psychiatrists? Michel Balint says, "...The two techniques (the one of the general practitioner and the one of the psychiatrist) seem to differ considerably; and if a psychiatrist or psychoanalyst tried to convey his technique to a general practitioner, even when this technique was successful in his own practice, he would cause serious harm..."<sup>6</sup> In this sense, the anthropologist Claude Levi Strauss assures that the shaman **cures because he is a quack, a healer and his patients and he himself believe that he has the power to cure**<sup>7</sup>. In the same way, in a healthy physician-patient relationship both expect to obtain benefic results. The aim is in no way becoming a

charlatan, but properly using some psychological techniques and not forgetting that it is possible to establish a physician-patient relationship only when we conceive the patient as a person and that without affection, dedication and enthusiasm there could be no bridge for establishing true communication<sup>8</sup>. This requires time, however, a patient speaks only 18 seconds in average before being interrupted by the physician. If the patient was allowed to speak for 3 to 4 minutes he would express about 90 per cent of what constitutes his problem<sup>9</sup>, which would indeed be a very useful start.

The physician with his professional skills creates an atmosphere in which the patients accepts to let out some of the aspects of his personality, character and remote history. In other words, the patient recognizes himself in the ambiance facilitated by his physician, thus psychotherapy is a reciprocal action between two people. This process intends to train patient to decide which is the next step. However, this process does not depend on stimulating and making the patient feel confident, guided by common sense and human understanding; it depends on the skills that must be learnt and of a highly reflective capacity to self-criticism.

Every psychological symptom must always be taken seriously, accepted, and thoroughly analyzed by the physician, just as he would do with physical symptoms. In addition, these symptoms must be examined *with* the patient, who must try to examine his own symptoms. If the patient does not participate in this process there cannot be any psychotherapeutic effect<sup>10</sup>. It is responsibility of the physician to understand the symptom and re-interpret it in useful words that will make sense to the patient, and that will help him to understand himself better and finally, change. The physician's contribution to this process directly depends on his skills and capacity to respond in a constructive way to the revelations of the patient, thus the personality, flexibility and generosity of the physician become vital.

The family physician often considers patients with a severe psychological illness to be too complex to be taken care by family medicine. However, patients consider their family physician a cornerstone of their treatment because they are the ones that listen to them, that are willing to understand their case (listen to their narrative) and that are willing to continuously follow their particular case. Patients emphasize optimism and hope for recovery<sup>11</sup>. Furthermore, it is necessary to realize that there exists a sub-group of patients that do not respond adequately to the attempts of the physician to create links in a emotional level; these attempts could in fact become counter-productive among patients who suffer from a personality disorder type A (with paranoid, schizoid, or schizotypal traits). These patients are afraid of the physician, seem to be distant and tend to have extravagant beliefs. The recommended approach is that of pharmacological treatment and the maintenance of certain professional distance by avoiding questioning their conceptions or atypical behaviors and by giving clear and simple explanations without getting involved in personal or social issues<sup>12</sup>.



### **The content of the medical history of the patient (Lisanky 1967)**

There are three levels in the content of a narrative: **1. Above the line**, which includes the traditional medical-biological topics and that do not represent any emotional threat such as: pain, fatigue, jaundice, cough, severe headache; and topics related to the illnesses of ancestors, patient's own medical history and the semiology of the current sickness. Included in level **2. Limit**, are deeper topics but without high emotional content such as educative level, rest, sleeping pattern, hobbies, daily routines, social interests. Level **3. Below the line**, includes the topics considered to be very personal which contain material potentially charged with guilt or shame among these we find: feelings, moods, opinions, attitudes towards his own self, important people in his life, sex and money<sup>13</sup>.

If the physician keeps himself in level 1, the patient-person remains unknown. This may be the result of a patient who poses enormous boundaries to protect with not very integrated personality, or of a physician who fears to confront a world of uncertainties. In this situation, it is hard that the chronic sicknesses of a patient improve, specially when he presents a somatoform syndrome. In several occasions the patient grants some clues, makes attempts to show that there is something else apart from the traditional medical narrative, but the patient will stop giving these signs if he considers that the physician avoids them, or does not understand and constantly considers his symptoms to have a somatic origin.

If the physician-patient relationship is based on trust and a shared wish to reach the origin of the symptom, it is possible to move forward with questions such as: is there anything about your personal life that you would like to share? It is possible to relate somatic symptoms with the stress produced by daily life or current events. Another way is to confront the patient by telling him that his body seems to be expressing the tensions in his mind. In any of these cases, we should start by listening attentively to the main complaint of the patient in order to understand as best as possible what may be related to it, apart from performing a proper physical exploration and ordering complementary studies if needed. If this is done it will be possible to establish a type of communication that will leave to profound discoveries.

### **MAIN THESIS**

Listening in an empathic way is the first step that if followed by some reflection techniques may help to make the efforts of the physician more effective. The physician must become aware of the emotions that the interaction with the patient produces in him (counter-transference)<sup>14</sup> and should consider that they are possibly transmitted by his patient. By analyzing these emotions will be guiding himself towards a better understanding of the sufferings of this patient.

## REAL-CASE EXAMPLES

### EXAMPLE 1

*“Good evening doctor, see I don't feel good. I have a soared throat, I can't stop coughing. I don't know what is wrong, I've got the feeling that I've caught a cold, but it is not fully expressed. I was given some medicine 4 days ago, but I'm not getting any better. I also have a headache and feel very weak...”* Marisela (the names of patients in this paper are fictitious) however, their narratives are real.<sup>66</sup> years old, with perfectly arranged hair and a lot of make up, expresses here desperation. She received amoxiciline, and ranitidine during the last 4 days. Intuition tells me that there is are deep psychological implications in this case.

Apart form the symptoms you have already expressed, is there any other? *Yes, sometimes I feel like a lack of air, I am often shaky, I feel nervous and tired.* Physical exploration is irrelevant. I tell her kindly and looking her in the eye that her lungs are ok, that I am completely sure that there are no complications of this kind. That she seems to have caught a cold, but that fortunately her body is defending itself very well... That calms her down. I tell her that I have the impression that her body is expressing some kind of tension within herself-I pause from time to time to give her the chance to accept the invitation to show her emotions-. Her eyes become watery, I show my understanding and acceptance of her feeling... She says, *“I am on point of loosing my house, they've seized all my furniture. I am desperate!”* I feel her pain and anguish. I encourage her to express herself. She moans, breathes and narrates that the seizures are product of her sons' debts. She cries intensely... When she calms down a little bit, I use the BATHE<sup>15</sup> technique. I normalize her suffering, accept her feelings of impotence and rage. After 20 minutes she says, *“I don't know why, but I feel relieved. I had never come to a family physician before.”* Thank you for your trust and for having shared with me your sorrows. If carefully observed, it will be noticed that the anxiety of the patient was so intense that she began the visit with the greeting; the main role played by the physician was to accept that the communication took place in the terms established by the patient. Attentive observation and not rejecting what might be considered an intrusive patient, were the key points in this case. What did the physician teach this woman? Among other aspects, he taught her that there is a connection between her feelings and her physical symptoms.

### EXAMPLE 2

Salvador, 54 years old, employee of medium governmental level, known since 11 months ago. He has achieved an excellent control over his diabetes mellitus type 2 and hypertension. Even though he used 4 different drugs in order to control his diabetes, his levels of fasting glucose were above 180 mg/dL and his HbA<sub>1C</sub> above 7.5. After receiving some educative fliers and record sheets for glucose levels and home monitoring, and after a proper adjustment of his glucose levels, exercise routines and a healthy diet, he achieved

enough autonomy to regulate the doses of his medication. The result of these changes was an excellent control of his fasting glucose levels, averaging 110 mg/dL and a HbA<sub>1C</sub> of less than 6.7, and a blood pressure of 120/75, and the reduction of his medication to only 2 drugs, metformin and losartan.

During the last two months he went to his doctor alleging intense pain in the medium thoracic line , with severe simpathetic response (sweating, paleness), impossibility to speak and swallow saliva, intense abdominal spasmodic pain which lasts about 15 minutes and leaves him exhausted for some hours, after this all symptoms disappear. He denies to present cardiac symptoms such as paroxysmal dyspnea , pain while making efforts. All the cardiovascular examination is normal. One year ago, a similar episode of thoracic pain took place, the possible cardiac origin of this episode was refuted after an ECG, effort tests, ecocardiography and cardiac enzymes tests. Also a year ago, the gastroenterologist found his endoscopy to be completely normal, but performed a sphincter due to a spasm of Oddi's sphincter (which seems not to be related to the clinical case). Taking into account the last diagnosis (functional spasm of the esophagus) a new evaluation by the gastroenterologist was requested. The gastroenterologist found the esophageal endoscopy to be normal, and the hepatic sonogram to show a "steatosis of degree I".\_Salvador's background shows an important history of functional disorders and somatic symptoms since he was young (irritable bowel syndrome, "low blood pressure", tensional headaches, insomnia, irritability, low energy, muscular pain without any evident swelling). After 4 visits he now accepts that there exists a relationship between his somatic symptoms and psycho-social stress, but he avoids to formalize specific visits to reach a better understanding of his psycho-social surroundings. When I ran into Salvador's wife (who is also my patient) she explains that her husband tends to be "very grumpy" and that she observes he worries about several things, but that he does not allow himself to show any weakness, thus he does not express his feelings because to him it would mean loosing his dignity.

What to do? We must wait to find out what the patient's answer to our offer is, and of course show good will and openness. This simple reflection helped to ease my frustration for providing a service inferior to my quality standards. I decided to reduce my expectations in order to avoid any threat to the physician-patient relationship.

### **EXAMPLE 3**

On the 18<sup>th</sup> of march 2005 I get to see for the first time a patient aged 79 (Mrs. B). She is a widow, with a hard to control diabetes, hypertensive, suffers from osteoporosis, arthrosis of both knees, and a worsened depression due to the dependence on clonazepam (dosage of 4 mg per day which is equivalent to 80 mg of diazepam a day). Apart from these, she claims to suffer from systemic lupus erythematosus. The reason for this visit- apart from her need to get the 10 drugs she takes daily- is an "unbearable noise in my head" and a feeling of warmness on her face. When trying to establish the semiology of the symptoms she starts talking incessantly, her complaints last for several minutes. Abdominal

discomfort, weakness, low back pain, severe pain in her knees and complaints about how hard is to get an appointment to visit her physician, are among her allegations. When I reflect upon the transference I am perceiving, the result is confusion, impotence, impatience, anger and rejection towards the patient. Only 20 minutes of the visit had gone by and I could not stand hearing any more symptoms. Even when I was trying to lower my expectations and limit myself to give her the prescription she requested, the situation was still difficult. It was extremely evident that apart from any physical sickness, there was an enormous psychosomatic background in all her symptoms. *"This is so obvious"*, my intuition kept telling me. My best methodology for difficult patients had been surpassed. I tried to fight my feelings of rejection and my will to end the visit at that very moment, and finally decided to face her with the psychosomatic nature of her situation.

*"Mrs. B, your body seems to be expressing an enormous suffering within you, it is talking intensely to us. Perhaps there is something going on in your life that you would like to share..."*

The reaction to his invitation was a 20 minute story full of sufferings, rejections, misfortune and hatred that she had had within her for years. To her own surprise she said, *"how did you manage to make me tell you these things?, I had never told this to anyone."*

She exhibited the normal shame a person experiences after having shared much of what she considers to be intimate. This visit ended with the agreement of establishing a new visit one week after, but Mrs. B emphasized *"I don't like anything that has to do with psychotherapy. My daughter is a psychologist."* I ended this visit by handing to her a prescription with seven drugs instead of ten.

During the following 5 visits each one every two weeks I draw a genogram as she tells me her life story. She told me she got married when she was 32 with the widow of her sister *"only to look after the five kids she had left behind when she died"*. She had two daughters that are now around 40 years old. She expresses that her life with her husband was terrible, *"he was false, bad mannered and faced her to her adopted sons"*. However, Mrs. B looked after her husband throughout his long and distressing agony due to prostate cancer. He died in 1988. Mrs. B is highly resented due to what some physicians did when her husband was in the terminal stage of cancer. Physicians told her the real diagnosis, but told a different version of it to her husband and children. I accept her feelings, and try to reinforce her self-esteem which is very damaged after years of humiliations that resulted in her apparent rude and dry character.

She has not cried in any of the last 4 visits, her sense of humor has improved and has reduced only to half the doses she used to take of clonazepam without any signs of anxiety (which constitutes a totally unexpected fact). She keeps asking how I managed to make her tell me things she had never shared with anyone –not even with her priest-. I do not have an answer for that, the only thing I know is that my appreciation for her has grown. After a 4 week pause (due to my vacations), Mrs. B tells me she has been reflecting on her situation and suddenly talks about very intimate topics included in level 3. She says she has now realized how she was only hurting herself with all that resentment she had kept for years against all those persons who had harmed her; her mother for having forced her

to marry a man she did not love, her husband who is responsible for the hatred her adopted children feel against her, etc. Now she realizes that all these feelings have been translated by her body into physical suffering and almost without pausing she moves on to talk about her sexual life with her husband who got to force to have intercourse up to six times a day, in a highly obsessive manner, without caring if she ever had an orgasm or not. Such sexual activity became a torment that made her feel humiliated and outraged. A torment she bared until her husband fell ill. Prostate cancer caused her husband's death less than two years after. Mrs. B accepts that the fact that her husband fell gravely ill, eased her sexual suffering, but at the same time she feels guilty because accepting this means she obtained some benefit from her husband's suffering and eventual death. We will be working on these ambivalent feelings during the next interviews.

The emotional improvement has been accompanied by a notorious diminishment of her physical symptoms, abdominal discomfort has been drastically reduced. Even her glucose, blood-pressure levels and articulation's pain have improved without any modification in her prescription or doses up until now. There has not been any word about her systemic lupus erythematosus, there are no clinical signs of it and her record does not support that claim.

## CONCLUSIONS

I conclude borrowing the words of M. Balint, "General practice will have to accept its limitations with respect to accuracy- it cannot aim to have the same accuracy levels as hospital medicine. **And its mandatory focus will not be the sickness, but the patient,** and the treatment techniques it will utilize will always have the need of being complimented by a powerful psychotherapeutic element, which we will not be able to evaluate through the scientific method of double-blind. It is the medicine of the entire person".

The development of this skills will allow the physician to improve his own emotional control and to recognize his professional and personal limitations. In a novel that depicts the life of an unfortunate character, the famous writer Jorge Luis Borges expresses, "*he had bad times... as all men do.*"<sup>16</sup> If as family physicians we got to understand these life stories, we could get to build side by side with our patients relationships with an enormous therapeutic potential.

## References

1. La personalidad del médico. En Michel Balint. Técnicas psicoterapéuticas en medicina. México, Editorial Siglo XXI, 1ª Edic. 1966:120-132.
2. Margo KL, Margo GM. Early diagnosis and empathy in managing somatization. Am Fam Physician. (editorial) 2000; 61;(5):1282-1285.
3. Sohr E. The difficult patient. MedMaster Miami, 1996:5

4. Balint Fascículo 1. Lab. Roche 1970. Citando a: Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Petite Bibliothèque Payot, Paris 1966.
5. Gillette RD. Problem patients: A fresh look at an old vexation. Family Practice Management 2000: [www.aafp.org/fpm/20000700/57prob.html](http://www.aafp.org/fpm/20000700/57prob.html)
6. Psicoterapia por no psiquiatras. En Michel Balint. Técnicas psicoterapéuticas en medicina. México, Editorial Siglo XXI, 1ª Edic. 1966:22.
7. Bases histórico-antropológicas de la relación médico-paciente. La logica relacional humana. En: Habilidades en salud mental para médicos generales. Gonçalves-Estella F. Compilador. 2ª Edic. Sociedad Española de Medicina General. Madrid 1996:63-80.
8. Moreto G. Cuidando do paciente. En Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. Princípios da medicina de familia. SOBRAMFA. São Paulo, Brasil. 2003:121-136.
9. Belzer JE. Improving patient communication in no time. FPM mayo 1999.
10. El examen por el enfermo en: En Michel Balint. Técnicas psicoterapéuticas en medicina. México, Editorial Siglo XXI, 1ª Edic. 1966:61-75.
11. Lester H, Tritter JQ, Soroohan H. Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. BMJ 20 April 2005. disponible en [www.globalfamilydoctor.com](http://www.globalfamilydoctor.com) del 28 de Abril 2005.
12. Ward RK. Assesment and management of personality disorders. Am Fam Physician 2004;70:1505-12.
13. Lisanky ET, Shochet BR. Comprehensive Medical Diagnosis for the internist. Medical Clinics of North America 1967;51(6):1381-1397. Citado por Sohr E. The difficult patient. MedMaster Miami, 1996:59
14. Physician emotions. En Sohr E. The difficult patient. MedMaster Miami, 1996:17-28.
15. Mcculloch J, Ramesar S, Peterson H. Psychotherapy in primary care: The BATHE technique. Am Fam Physician 1998;57:2131-34.
16. Del Paso Fernando. El espejismo de la comunicación global. Editorial Rayuela, Guadalajara, México, 2005:13



## **COPC IN FAMILY MEDICINE RESIDENCIES: A LITERATURE REVIEW**

### **COPC EN RESIDENCIAS DE MEDICINA FAMILIAR: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Dobbie A,\* , Kelly P,\*\* Sylvia E,\* Freeman J.\*

\*University of Kansas Medical Center, Kansas City, Kansas, USA. \*\*University of Missouri-Kansas City, Kansas City, Missouri, USA

Community-Oriented Primary Care is a process that uses epidemiologic methods and collaboration with the community to:

- identify community health problems
- Develop programs to address them through the Practice and the Community working together
- Evaluate the success of these interventions
- It was originally developed by Sidney and Emily Kark in South Africa, and later used by them in Israel. It has been adopted in Europe, and there are some COPC programs in the United States. In US Family Medicine residency programs, Community medicine has been an accreditation requirement since 1969, while COPC was specifically included in 1999.

Our research questions were:

1. How much COPC activity is reported in FM residencies?
  - In 2002:
    - Beck et al report that 95% of 770 STFM members participated in community activity in last year (58% response rate)
    - Longlett et al found that 38.3% of 470 residency directors report teaching COPC (71% response rate), while 6.7% of 400 practicing physicians report practicing COPC (58% response)
    - Plescia et al found that 44% of 244 residency directors report teaching COPC (72% response)
  - But this may not be an improvement:
  - In **1994** Williams et al found that 37% of programs taught COPC (81% response), BUT 25% of residency program directors had never heard of COPC and 75% of 200 Board-certified practicing physicians had never heard of COPC (60% response)



- In 1979 Donski et al found that 38% of 122 residency program directors were teaching some COPC components (38% response rate).
2. What kinds of COPC activities are taking place?
    - Monthly rotations (4 reports, some in every year of med school)
    - Longitudinal experiences (2 reports)
    - Projects, group and individual over weeks to years (7 reports)
    - Interdisciplinary collaboration (1 report)
  3. What methodologies have been used to evaluate COPC educational programs?
    - 6 evaluative articles describing 4 programs
    - 2 studies (same program) reported patient outcome data (but no educational outcomes)
    - 1 quasi-experimental control group study to validate an attitudes survey
    - Pre and post tests and focus group
    - 1 pre and post test of knowledge and attitudes
    - 2 studies (1 program) of attitudinal post test only plus chart review to confirm behavior change
  4. What outcome measures have been evaluated?
    - Resident knowledge & attitudes about COPC
    - Residency program experiences with COPC
    - Themes from semi-structured interviews
    - Factors associated with MD community involvement
    - Community & faculty MD knowledge & application of COPC
    - Patient outcomes (e.g., HIV prenatal screening)
  5. What is the evidence that residency COPC programs can change practicing physicians' behavior and/or impact the health of patients and communities?  
3 studies
    - Beck et al, 2002
      - 95% of 770 STFM members (58% response) had participated in community activities in 1 year
    - Two by Steiner et al, 1998 and 1999
      - COPC is domain #3 of 4 community dimensions of primary care practice
      - Community involvement associated with

- med school but not residency training
  - rural location
  - mentor
6. What is the evidence that residency COPC programs impact the health of patients and communities?
- One Study - Baker et al 2002 on Residency COPC projects
    - Mixed impact on pt outcomes,
      - e.g. high but stable teen pregnancy rate, but
      - decreased teen chlamydia

Study Limitations:

- Blurred lines between COPC & community medicine
- Limited to residency education (medical school activities = another project)
- Limited to USA and Canada
- Possibility that missed some COPC activities
- Meta-analysis not possible because of nature of/lack of data
- Most data is self-reported

Common Methodological Faults:

- No results
- Educational activities not reported
- Self-reports of behavior change
- Survey statistics not formally reported
- Low response rates

Conclusions:

- About 40% of FM residency programs teach COPC activities
- There are a wide variety of activities
- Not much interdisciplinary activity is reported
- Few studies have evaluated COPC process or outcomes
- Evaluation methodology is generally weak
- There is some evidence that COPC teaching can change practicing



## COPC EN RESIDENCIAS DE MEDICINA FAMILIAR: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

### COPC IN FAMILY MEDICINE RESIDENCIES: A LITERATURE REVIEW

Dobbie A,\* , Kelly P,\*\* Sylvia E,\* Freeman J.\*

\*University of Kansas Medical Center, Kansas City, Kansas, USA. \*\*University of Missouri-Kansas City, Kansas City, Missouri, USA

Los cuidados primarios orientados a la comunidad (Community-Oriented Primary Care, COPC) forman parte de un proceso que utiliza métodos epidemiológicos en la atención a la comunidad, sus elementos fundamentales:

- Identificar los problemas de salud de la comunidad
- Desarrollar los programas para dirigirse a ellos con la práctica y a la comunidad que trabaja en conjunto
- Evaluar el éxito de las intervenciones

Fue desarrollado originalmente por Sidney y Emily Kark en Sudáfrica, y utilizado más adelante por ellos en Israel. Se ha adaptado en Europa, hay programas de COPC en los Estados Unidos. En programas de la implantación de la medicina de la familia de los EEUU, *Community Medicine* ha sido un requisito de la acreditación para los residentes de medicina familiar desde 1969, mientras que COPC fue incluido específicamente en 1999.

Nuestras preguntas de la investigación fueron:

1. ¿Cuántas actividades de COPC se divulgan en residencias de FM?

a. En 2002:

- i. *Beck et al* refieren que el 95% de 770 miembros de STFM participaron en actividades de la comunidad en el año pasado (tasa de respuesta del 58%)
- ii. *Longlett et al* encontraron que 38.3% del informe de 470 directores enseñaban COPC (tasa de respuesta del 71%), mientras que 6.7% de 400 médicos practicantes divulgan COPC practicante (respuesta del 58%).

- iii. *Plescia et al* encontraron ese 44% del informe de 244 directores de residencias que enseñaba COPC (respuesta del 72%)
  - b. Pero esto puede no ser una mejora:
    - i. En 1994 *Williams et al* encontraron que el 37% de programas enseñaban COPC (respuesta del 81%), Pero en ese año el 25% de directores del residencias nunca habían oído hablar de COPC y el 75% de 200 certificaron a médicos practicantes que nunca habían oído hablar de COPC (respuesta del 60%)
    - ii. En 1979 *Donski et al* encontraron que los 38% de 122 directores del residencias enseñaban los componentes de algún COPC (tasa de respuesta del 38%)
2. ¿Qué clases de actividades de COPC están ocurriendo?
- a. Rotaciones mensuales (4 informes, algunos en cada año)
  - b. Experiencias longitudinales (2 informes)
  - c. Proyectos, grupo y semanas excesivas del individuo a los años (7 informes)
  - d. Colaboración interdisciplinaria (1 informe)
3. ¿Qué metodologías se han utilizado para evaluar programas educativos de COPC?

6 artículos evaluativos que describen 4 programas

2 estudios (el mismo programa) divulgaron datos pacientes del resultado (solamente ningunos resultados educativos)

1 estudio cuasi-experimental del grupo de control para validar una encuesta sobre las actitudes.

Pruebas pre y del poste y grupo principal

1 pre y prueba del poste del conocimiento y de las actitudes

2 estudios (1 programa) de la prueba actitudinal del poste solamente más la revisión de la carta para confirmar el cambio del comportamiento.

4. ¿Se ha evaluado qué resultado mide?

- ¿Conocimiento y actitudes residentes sobre COPC?
- Experiencias del residencias con COPC
- ¿Temas de entrevistas semi-estructuradas?
- Los factores se asociaron a la implicación de la comunidad de MD
- Conocimiento de la comunidad y de la facultad MD y uso de COPC
- Resultados en pacientes (Vgr. investigación prenatal del VIH)

5. ¿Cuál es la evidencia que los programas residencias con COPC puede cambiar el comportamiento y/o el impacto de los médicos al practicar la salud de pacientes y de comunidades?

3 estudios

- *Beck et al, 2002*: 95% de 770 miembros de STFM (respuesta del 58%) habían participado en actividades de la comunidad en 1 año

Dos por *Steiner et al, 1998 y 1999*

En el COPC está el dominio de tres de cuatro dimensiones de la comunidad de práctica primaria del cuidado

La implicación de la comunidad se asoció a

- el entrenamiento en la escuela médica pero no en la residencia
- localización rural
- tutor

5. ¿Cuál es la evidencia de que en la residencia el COPC impactó en la salud de pacientes y de comunidades?

- Un estudio de *Baker et al 2002* en las COPC proyecta en las residencias:
  - Impacto mezclado en resultados
    - Vgr. tarifa adolescente alta pero estable del embarazo, pero
    - chlamydia adolescente disminuido

Limitaciones del estudio:

- Líneas veladas entre COPC y la medicina de comunidad
- Limitación a la educación en la residencia (actividades médicas de la escuela = otro proyecto)
- Limitado a los EEUU y Canadá
- Posibilidad que hayan faltado actividades en el COPC

- Meta-análisis no realizable debido a la naturaleza de datos
- Uno mismo-se divulgan la mayoría de los datos

Problemas Metodológicos Comunes:

1. Ningunos resultados
2. Actividades educativas no divulgadas
3. Uno mismo informa sobre el cambio del comportamiento
4. Estadística del examen divulgada no formalmente
5. Tasas de respuesta bajas

Conclusiones:

1. Los cerca de 40% de programas residencias de FM enseñan actividades de COPC
2. Allí está una variedad amplia de actividades
3. Se divulga no mucha actividad interdisciplinaria
4. Pocos estudios han evaluado el proceso o los resultados de COPC
5. La metodología de la evaluación es generalmente débil
6. Hay una cierta evidencia que la enseñanza de COPC puede cambiar la practica de los residentes en medicina familiar.

## USING THE ACGME CORE COMPETENCIES TO ASSESS FAMILY MEDICINE RESIDENTS

### EL USO DEL ACGME COMPETENCIAS FUNDAMENTALES PARA EVALUAR A LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

Tysinger J. \*

\* Department of Family and Community Medicine. The University of Texas at San Antonio, USA.

*La certificación por El Consejo de la Acreditación sobre Educación Médica Posgraduada (ACGME) es solicitada a los residentes de medicina familiar y a los residentes de todas las especialidades médicas en los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU). La evaluación se realiza fundamentalmente por medio de seis principales categorías referidas como "Competencias obligatorias" estas competencias han sido propuestas como marco de referencia en las escuelas de medicina sobre todo en cuanto a la enseñanza, evaluación de los residentes y la valoración de la excelencia de los programas de las propias escuelas. En consecuencia la ACGME requiere del desarrollo de una innovación curricular y la evaluación de métodos. Los programas de entrenamiento en la especialidad de medicina familiar de otros países podrían adaptar estas competencias obligatorias para enriquecer la enseñanza, desarrollar sus programas curriculares y evaluar integralmente sus programas de residencia. El ACGME desarrolló seis capacidades que se espera definan lo más mejor posible a un médico integral. Las áreas son: **Cuidados al paciente** que sea compasivo y eficaz para el tratamiento de los problemas de salud y de la promoción de la salud. **Conocimiento médico** sobre ciencias biomédicas, clínicas, (por ejemplo utilización del conocimiento epidemiológico y psicosocial) este conocimiento puesto en función de los cuidados al paciente. **Mejora de la Práctica-Basada en el aprendizaje** que implica la investigación y la auto-evaluación de sus conocimientos y de los cuidados que proporciona. **Habilidades interpersonales y de comunicación** que dan lugar a intercambio de información eficaz con los pacientes, sus familias y con otros profesionales de salud. **Profesionalismo**, dar muestra de responsabilidades profesionales, adherencia a principios éticos, y a la sensibilidad de la población que atiende. **Práctica Sistemática-Basada**, acciones por medio de las cuales demuestre un conocimiento y una sensibilidad con el contexto y el sistema de cuidado médico así como la capacidad de utilizar con eficacia recursos del sistema de salud para proporcionar cuidados médicos de calidad.*



## **Introduction**

The Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) <sup>1,2</sup> requires Family Medicine residents, and residents in all the other specialties in the United States, to be evaluated in six major categories referred to as the “Core Competencies” <sup>3</sup>. These core competencies provide a framework that program directors and faculty use to teach and evaluate residents and assess the effectiveness of their programs. Consequently, this ACGME requirement has stimulated faculty to develop innovative curricula and assessment methods <sup>4,5</sup>. Family Medicine program directors and faculty in other countries can adapt the core competencies to enhance teaching, curriculum development, and assessment in their residency programs.

This paper’s goals are to: (1) introduce conference attendees to the core competencies, (2) stimulate attendees to compare the framework they use to assess residents with the core competencies, and (3) motivate attendees to consider ways they can use the core competencies to improve their assessment methods in their training programs. The paper will cover three objectives to reach those goals:

1. List the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) Core Competencies.
2. Describe how FM residents can be assessed using the ACGME Core Competencies.
3. Identify tools for assessing FM residents in the ACGME Core Competencies.

Readers should remember that this paper merely introduces them to the core competencies. For more information about these competencies and how they have been implemented in Family Medicine and other specialties, they should access the ACGME website ([www.acgme.org](http://www.acgme.org)) and search relevant medical education databases.

## **Important Terms**

Because conference attendees come from many countries, two terms are defined here to enhance reader understanding. These terms are:

1. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME): The ACGME is a private, non-profit organization that accredits (i.e., certifies) residency training programs in the United States. To possess ACGME accreditation, residency programs must meet general and specialty-specific requirements. Programs value ACGME accreditation for many reasons. Two will be explained here. One, most applicants will only apply to and attend programs that have ACGME accreditation because they are assured that those programs meet certain standards. Two, only graduates of accredited programs are eligible

for board certification in their respective specialty . Other countries, like Brazil, likely have equivalent accrediting organizations that may or may not be government-related.

2. Competency: An ability to perform a task in ways that meet specified criteria. For example, a person who has met the standards for competency in “medical knowledge” has demonstrated the ability to recall specific medical knowledge data and concepts.

### The Six ACGME Core Competencies

The ACGME has defined six core competencies that residency programs must teach to and assess in their residents (see Table 1). It is important to remember that while all residency programs must teach and assess these competencies, the criteria for competency among specialties may vary significantly. For example, the medical knowledge required for competency in Family Medicine would differ in many ways from the criteria for medical knowledge in Radiology. On the other hand, both Family Medicine and Radiology might share many of the same criteria for professionalism and other competencies.

Table 1. The ACGME Six Core Competencies

1. Patient care
2. Medical Knowledge
3. Practice-based Learning and Improvement
4. Interpersonal and Communication Skills
5. Professionalism
6. Systems-based Practice

Each core competency will now be described. The explanation for each competency is paraphrased from the ACGME website ([www.ACGME.org](http://www.ACGME.org)). Since members of this audience come from programs across the world, personalize each competency by asking these two questions as you read each explanation:

1. Is this a competency I would expect my Family Physician to demonstrate?
2. To what extent is this competency taught and assessed in my program?

**Patient Care:** The resident physician provides compassionate, appropriate, and effective patient care by treating health problems and promoting health. Note that the type of care provided (e.g., compassionate) and the focus of that care (i.e., treating health problems AND promoting health).

**Medical Knowledge:** The resident physician establishes, maintains, and applies the knowledge of biomedical, clinical, and cognate (e.g., epidemiological and psycho-social) sciences to patient care. Note that medical knowledge extends beyond knowing basic science facts and clinical principles to knowledge of psycho social issues.

**Practice-Based Learning and Improvement:** The resident physician investigates and evaluates his/her patient care and appraisal and assimilation of scientific evidence to improve patient care. The resident physician must reflect on his/her practice, identify deficits, address those deficits, and apply what is learned to improve patient care. Note that residents must demonstrate self-directed learning skills, based on investigation and self-reflection, that result in improved patient care outcomes.

**Interpersonal and Communication Skills:** The resident physician effectively exchanges information and works as a team with patients, their families, and other health professionals. Note that residents requires the resident to interact with people including patients and other health care professionals.

**Professionalism:** The resident physician demonstrates a commitment to conducting professional responsibilities, adhering to ethical principles, and showing sensitivity to a diverse patient population. Note the breadth that is inherent in professionalism (e.g., ranging from ethical behavior and sensitivity to a diverse patient population).

**Systems-Based Practice:** The resident physician demonstrates an awareness of and responsiveness to the larger context and the health care system and effectively uses system resources to provide optimal care. This competency is especially important to assess in Family Medicine residents. Note that the residency program, for example, must teach its residents to identify patient needs and access the applicable parts of the health care system to help meet those identified patient needs.

It is important to understand that residents in ACGME-accredited programs must be deemed competent in each competency. For example, a resident who performs well on standardized exams that are used to measure medical knowledge must also demonstrate competency in the other five competencies. Demonstrating superb patient care will not counterbalance unacceptable interpersonal and communication skills.

That said, some competencies may be easier to evaluate than others. For example, each year residents in my Family Medicine department's residency program take the Family Medicine In-Training Examination (ITE), a standardized test administered by the American Board of Family Medicine.

My program uses the scores on this examination as one measure of our residents' medical knowledge. This annual test is a relatively easy way to evaluate medical knowledge. In contrast, many faculty tell me that they find it more difficult to assess a resident's competency in systems-based practice. This difficulty may be attributed to the many observations faculty must make before they judge a resident to be competent in that competency.

### **What a Residency Program in the United States Needs in the Area of Evaluation**

It is clearly evident that resident and program evaluation are crucial activities in residency programs in the United States. In fact, evaluation is so important that programs must complete four evaluation-related activities. One, programs must have a written evaluation plan that details the what, how, who, and when of resident and program evaluation. Having such a written plan helps residents and faculty know what is evaluated, how it is evaluated, who evaluates it, and when it is evaluated. Two, administrators, faculty, staff, and residents must know and use the Core Competencies. Three, each program must have valid and reliable evaluation tools that assess the residents in the core competencies. This means that each evaluation tool must measure what it attempts to measure and the data it gathers must be consistent across many measurements. Finally, programs must document events associated with the evaluation process. For example, programs are required to keep documents on file to verify that residents have been evaluated and given feedback.

### **Using the Core Competencies for Resident and Program Evaluation**

There are three reasons for assessing residents in the core competencies. One, such assessments are required for ACGME accreditation. Two, residents must be evaluated so faculty can monitor their performance and give them feedback so they can improve. Finally, faculty in the residency program should use this evaluation data to monitor the program's effectiveness and assess its strengths and needs so it, too, can be improved.

Here are some details about using the competencies for resident evaluation. As mentioned earlier, the program's written evaluation plan must detail how it assesses residents and uses the results of those assessment activities to improve resident performance. Programs must also provide and document that they provide regular and timely feedback to residents and show how its evaluation and feedback activities improve resident performance.

Thus, each residency programs must also evaluate its educational effectiveness using data from resident performance and outcome assessments. For example, in addition to evaluating its residents' ability to provide patient care and use that data to identify and plan programmatic activities, the program must also address deficiencies that emerged in the evaluation process.

The program must also have a process for using the resident and performance assessment results with other program evaluation results (e.g., evaluations of faculty teaching) to improve the program.

### **Tools for Assessing FM residents in the ACGME Core Competencies**

Programs use many tools to evaluate residents. Some tools (e.g., procedural checklist) are relatively easy to prepare and use, while others (e.g., standardized patients) are very complex and require extensive resources. Here are some examples of evaluation tools:

**Exams:** As previously stated, Family Medicine residents in the United States take the American Board of Family Medicine In-Training Examination each year. This standardized test is a “pencil and paper” examination that contains items developed by Family Physicians under the supervision of testing experts. Residents take the examination in November and receive their exam scores in late January. Each resident receives an overall score and a score on specific categories of items (e.g., adult medicine). Residents can compare their overall and categorical scores against those of residents in their peer group (e.g., first year residents) and all the residents who took the exam. I advise residents how to improve their scores by enhancing their learning strategies and test-taking skills. I discourage programs from developing any local written examinations because of the extensive training and educational support that are required. Examinations can also be given orally, but faculty should be trained not to give nonverbal feedback to residents during the questioning process.

**Checklists:** Checklists are paper or computer-based tools that can be used to assess residents skills in certain areas (e.g., taking a focused history). These tools are easy to use, but they take considerable planning and effort to develop. Several faculty can work as a team to develop a checklist. Such a tool can be used to directly observe a “live” interaction or one that is videotaped. I suggest that residents be given a copy of the checklist so they can become familiar with the instrument and what it measures. Faculty who complete checklists on residents should discuss their ratings with the resident instead of merely handing the completed checklist to the resident or putting the completed checklist in the resident’s folder.

**Global rating:** A global rating gives a faculty member’s overall view of a resident’s performance in a particular area. That rating can be of a live or a recorded interaction with a patient. The rating should be supported by written comments that help the resident understand the rating.

**Patient and Staff Surveys:** Surveys of patients and staff are excellent ways of getting data about certain competencies (e.g., professionalism and interpersonal and communication skills). The ACGME uses the term “360<sup>0</sup> evaluation” to refer to feedback

from the many people, besides faculty, who observe and interact with residents on a daily basis.

**Objective Structured Clinical Exams (OSCEs):** OSCEs use standardized patients (actors trained to simulate certain disease presentations) to assess residents. Faculty can rate residents while observing them interact with these standardized patients (SPs) and/or the SPs can complete checklists on residents noting what the resident either did or did not do. OSCEs are time-consuming and expensive to set up, so few programs can afford to do them on their own.

**Logs:** Logs are detailed records of procedures or cases that residents have performed. Your residents may keep a log to record the number of deliveries they make each year.

**Portfolios:** Many artists keep a portfolio of their work to show to potential clients. Likewise, a resident portfolio is the a type of record that contains examples of reflections, achievements, and professional attributes. The contents of a portfolio can include a resident's *curriculum vitae* (CV), logs of procedures, personal statement of professional beliefs and goals, copies of presentations made at professional meetings, scores on examinations, rotation evaluations, and letters from faculty and patients.

To learn more about these and other assessment methods, review the online Toolbox of Assessment Methods<sup>©</sup> (ACGME and ABMS, 2000) and search relevant medical education databases.

### **Other Tools for Assessing FM residents in the ACGME Core Competencies**

Other tools can also provide insight and guidance for teaching and assessing residents in specific core competencies. These include:

- Bazaldua O, et al. Suggested guidelines for pharmacotherapy curricula. *Family Medicine* 2005;27(2):99-104.
- Ogrinc G, et al. A framework for teaching medical students and residents about practice-based learning an improvement, synthesized from a literature review. *Academic Medicine* 2003;78:748-756.

### **Other Resources for Teaching and Evaluating Residents**

As Family Medicine educators, we constantly seek resources for teaching and evaluating residents. Here are three resources that are excellent. The first, the Family Medicine Digital Resource Library (FMDRL) (Society of Teachers of Family Medicine, 2005), is an online resource that is provided by the Society of Teachers of Family Medicine (STFM) through a grant from the National Library of Medicine. The FMDRL is a repository in which one can obtain and share teaching and evaluation materials. Review the contents of

this website to determine the evaluation tools it contains that measure one or more of the core competencies. Also, share your teaching and evaluation materials with your colleagues by uploading them onto the site. The second resource is an article (Bingham, Quinn, *et al.*, 2005) that relates the core competencies to quality improvement in patient care. This perspective will be especially helpful as our residency programs directly link their educational activities to patient care outcomes. The third resource is Kirkpatrick's (1998) book on evaluation. This book provides a framework for evaluating educational and training programs beyond the lowest level, participant satisfaction. Moving to the higher levels takes time and effort, but the work can pay dividends in terms of determining a program's effectiveness.

## References

1. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) website. <http://www.acgme.org/acWebsite/home/home.asp>. Accessed August 10, 2005.
2. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) and American Board of Medical Specialties (ABMS). Toolbox of Assessment Methods<sup>o</sup>. A product of the joint initiative of the ACGME Outcome Project of the ACGME and the ABMS. Version 1.1, September 2000. <http://www.acgme.org/Outcome/assess/Toolbox.pdf>. Accessed August 10, 2005.
3. Batalden P, Leach D, Swing S, Dreyfus H, Dreyfus S. General competencies and accreditation in graduate medical education. Health Affairs 2002; 21(5):103-111.
4. Frey K, Edwards F, Altman K, Spahr N, Gorman RS. The 'Collaborative Care' curriculum: an educational model addressing key ACGME core competencies in primary care residency training. Medical Education 2003; 37 (9): 786-789.
5. Wendling AL. Assessing resident competency in an outpatient setting. Family Medicine

Bazaldia O, Ables AZ, Dickerson LM, Hansen L, Harris I, Hoehns J, Jackson E, Kraus C, Mayville H, Saseen JJ. Suggested guidelines for pharmacotherapy curricula. Family Medicine 2005; 27(2):99-104.

Bingham JW, Quinn DC, Richardson MG, Miles PV, Gabbe SG. Using a healthcare matrix to assess patient care in terms of aims for improvement and core competencies. Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety 2005; 31(2):98-105.

Coleman MT, Nasraty S, Ostapchuk M, Wheeler S, Looney S, Rhodes S. Introducing practice-based learning and improvement ACGME core competencies into a family medicine residency curriculum. Jt Comm J Qual Saf. 2003 May;29(5):238-47.

Kirkpatrick DL (1998). Evaluating Training Programs: The Four Levels. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers.

Ogrinc G, et al. A framework for teaching medical students and residents about practice-based learning an improvement, synthesized from a literature review. Academic Medicine 2003;78:748-756.

Society of Teachers of Family Medicine. The Family Medicine Digital Resource Library: <http://www.fmdrl.org/>. Accessed August 11, 2005.

## PROPOSTA DO SISTEMA MÉDICO FAMILIAR NO MÉXICO: 1953-1971

### OFFER TO FAMILY PRACTICE IN MEXICO: 1953-1971

Irigoyen- Coria A\* , Morales-López H.\*\* *Tradução a Português* Salinas-Pasillas A.\*\*\*

\*Coordenador de Pesquisa e Professor do Departamento de Medicina Familiar, Faculdade de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Membro da Academia Nacional de Medicina..\*\* Especialista em Anestesiologia e Medicina Familiar, sub-especialista em Clínica da Dor e Cuidados Paliativos. Chefa do Serviço de Anestesiologia. Hospital Geral de Ticomán , Serviços de Saúde Pública do Distrito Federal, Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal. \*\*\* Mestre em Linguística Aplicada. Centro de Enseñanza de Lenguas Extranjeras da Universidad Nacional Autónoma de México.

*In October, 1953 general practitioners of New Laredo, Mexico from the Mexican Institute of Social Security; made the proposal of new system for the medical attention which consisted in the figure of a physician assigned to a population of social health care users with activities on physician's office and house calling service. Probably the geographical location (New Laredo is on the border with the United States of North America) had influenced by the proposal of Family Medicine System (**Family Practice**). Mexico was the first country in Latin-America, Spain and Portugal to propose a medical system in family oriented.*

En octubre de 1953 médicos generales de Nuevo Laredo, México, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); hicieron la propuesta de un nuevo sistema para la atención médica la cual consistía en la figura de un médico adscrito a una población de derechohabientes con actividades de consulta externa y atención domiciliaria. Es probable que la localización geográfica ( Nuevo Laredo está en la frontera con los Estados Unidos de Norteamérica) haya influido por la propuesta del sistema médico familiar. México fue el primer país de Latinoamérica, España y Portugal en proponer un sistema médico centrado en la familia.

#### Antecedentes Internacionais

- Em 1940 nos EUA somente 76% dos médicos eram gerais. (Para 1974 a cifra diminuiu para 18%)
- Em 1941 surgiu a primeira convocatória para certificar os médicos gerais.(*General Practice Certifying Board* proposto pela AMA)



- Em 1947 fundou-se a American Academy of General Practice, reconhece-se como a primeira organização médica que obriga a uma educação médica continuada.
- Em 1950 desenvolveram-se os primeiros programas de ensino em medicina geral.
- Em 1950 apareceu a primeira revista científica dirigida aos médicos gerais: Journal GP

### **Antecedentes Nacionais**

Em outubro de 1953 o caixa regional de Monterrey do IMSS; estabeleceu com sucesso *Um novo procedimento de trabalho para os médicos que trabalhavam em Nuevo Laredo, Tamaulipas.*

- O procedimento consistia em que o médico adscrito distribuisse sua jornada de trabalho:
- A) entre a consulta externa
- B) o atendimento domiciliário
- *O qual até então realizava-se por vários médicos*

As mudanças propostas pelos médicos de Nuevo Laredo foram registradas num memorândum, datado em dezembro de 1953. Do 11 ao 23 de janeiro de 1954 realizou-se em Panamá o Seminário de Seguro Social auspiciado pelo CISS e a OIT. O IMSS representando o México, expôs a palestra sobre: “O médico de família”. Em 25 de janeiro de 1954 Antonio Ortiz Mena informou o Conselho Técnico do IMSS: sobre a aceitação do novo sistema de serviços médicos; *que provocou que vários países centro-americanos solicitassem ajuda técnica do IMSS.*

### **Conclusões**

Tal parece que este é um dos poucos casos em que um grupo de médicos gerais propõe um modelo de atendimento e é aceito no primeiro movimento.

É bem provável que a localização geográfica; venha ajudar a este grupo de médicos para integrar sua proposta.

México foi o primeiro país na América Latina, Espanha e Portugal que propôs um sistema médico centrado na família.

México tomou durante decênios a liderança com relação ao Seguro Social e integração de novos modelos de atendimento médico. Não foi por acaso que estas mudanças ocorressem numa instituição jovem que estava se consolidando e por sua vez experimentava uma administração inovadora; com um manejo transparente dos recursos financeiros.

México adiantou-se aos EUA em 12 anos à denominada “Citizen’s Commission on Graduate Medical Education: The Graduate Education of Physicians (Millis Commission Report)”. Comissão que identifica a fragmentação do atendimento sanitário e propõe o conceito de medicina de família.

Início da integração acadêmica de uma nova especialidade médica reconhecida nos EUA em 1969 (como a 20a. Especialidade médica) e em 1971 no caso do México.

### **Bibliografia**

1. Cárdenas de la Peña E. Formación y destino. Relato vivo (notas autobiográficas).1ª. edición. México: Particular. 1988 p.163.
2. Cárdenas de la Peña E. Medicina Familiar en México Historia. 2ª. Edición México: Ed. Medicina Familiar Mexicana. 2003.
3. Irigoyen CA, Ponce de León CME, Gómez CF, Monroy CC: Brief history of family medicine in México. The influence of Ian McWhinney. Arch Med Fam 2000; 2 (2) :59-62.
4. Irigoyen CA. El doctor Enrique Cárdenas de la Peña: trayectoria institucional y académica. Arch Med Fam 2003; 5(4): 132-135



## **ÍNDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR: PROPOSTA PARA UMA PREVISÃO PONDERADA**

### **SIMPLIFIED INDEX OF FAMILY POVERTY: PROPOSAL FOR ITS RELIABLE(OR WEIGHTED) EVALUATION**

Irigoyen-Coria A\*, Ponce-Rosas R\*, Gómez-Clavelina F\*.

\*Professores do departamento de Medicina Familiar. Faculdade de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México.

**Introdução:** O índice simplificado de pobreza familiar (ISPF) é um instrumento desenhado originalmente no Departamento de Medicina Familiar da Faculdade de Medicina da Universidad Nacional Autónoma de México. Existem numerosos índices para medir a pobreza no nível do país (ONU) ou em nível municipal (INEGI/CONAPO) porém em nível familiar ainda não foram reportados instrumentos que meçam o nível da pobreza com implicações fundamentalmente clínicas. O presente trabalho descreve o processo de ponderação do valor asignado a cada um dos componentes do ISPF.

**Material y métodos:** Estudo multicêntrico, observacional, descritivo, transversal. O ISPF constitui-se por quatro componentes: renda familiar (IEF), número de pessoas por cômodo (NPD), escolaridade materna (EM) e filhos dependentes econômicos (HDE). O ISPF foi criado e validado desde 1995 numa área da população aberta na cidade do México. Durante 2001 e 2002 aplicou-se o ISPF a 1024 famílias em três unidades de medicina familiar da cidade do México. Realizou-se uma análise factorial multivariada para ponderar o peso relativo de cada componente do ISPF.

**Resultados:** Na base das cargas fatoriais do modelo multivariado, encontrou-se que o peso relativo dos quatro componentes foi diferente em relação à variância total explicada pelo modelo estatístico usado para estimar o ISPF. O peso relativo foi de 39 % para IEF, 27 % em NPD, 24 % em EM y 10 % em HDE.

**Conclusões:** Propõe-se que os valores a serem obtidos ao aplicar o ISPF considerem a proporção do peso relativo de cada componente expressado como as variâncias ponderadas obtidas neste estudo.

### Determinação do valor relativo dos indicadores do ISPF baseados nas cargas fatoriais e os coeficientes de determinação

Indicadores do ISPF	Carga Fatorial	Coefficiente de determinação ( $r^2$ )	Ponderação Percentual	Ponderação Final (aproximado)
Renda familiar (IEF)	0.78	0.25	39.68	40
Número de pessoas por cômodo (NPD)	0.70	0.17	26.98	25
Escolaridade materna (EM)	0.65	0.15	24.80	25
Filhos dependentes econômicos (HDE)	0.47	0.06	09.52	10

### Proposta final ponderada do Índice Simplificado de Pobreza Familiar\*

Índice Simplificado de Pobreza familiar (ISPF)		
Indicadores	Categorias	Valores
Renda familiar	< 1 salário mínimo	4
	1-2 salários mínimos	3
	3-4 salários mínimos	2
	5-6 salários mínimos	1
	7 ou mais salários mínimos	0
Número de filhos dependentes	3 ou mais filhos	2.5
	2 filhos	2
	1 filho	1
	nenhum filho	0
Escolaridade materna	Sem instrução	2.5
	Ensino fundamental incompleta	2
	Ensino fundamental completa	1
	Mais do que ensino fundamental	0
Número de pessoas por cômodo	3 ou mais pessoas	1
	1 a 2 pessoas	0

#### \*Critérios de interpretação do ISPF

- 0 - 3 Sem evidência de pobreza na família
- 3.5 - 6 Pobreza familiar baixa
- 6.5 - 10 Pobreza familiar alta

Este libro se terminó de imprimir el día 5 de septiembre de 2005 en la Ciudad de México

**Laus Deo**

