

Anjos da Guarda: ferramenta para o ensino médico

I¹ Sérgio Henrique de Oliveira Botti, ² Mayra Gabriela Mendes Galvão, ³ Sylvia Viana Ferreira da Silva, ⁴ Rodrigo Nascimento de Sant'anna, ⁵ Paula Ferreira Corrêa I

Resumo: A verdadeira medicina combina conhecimento biotecnocientífico ao cuidado. No entanto, as escolas médicas têm dado maior ênfase ao conhecimento científico em detrimento da relação médico-paciente. **Objetivos:** Este relato tem como objetivo descrever a experiência de imersão vivida por quatro estudantes de medicina do sexto período nos meses de fevereiro e março de 2020. **Método:** Tal imersão deu-se em um projeto de ensino denominado Anjos da Guarda, o qual é usado como ferramenta de educação médica no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (HUGG-UNIRIO). **Resultados:** O Projeto Anjos da Guarda desenvolve o profissionalismo médico, a empatia e os fundamentos da medicina centrados na pessoa do paciente como parte do processo de cuidado, sem menosprezar a importância do conhecimento biotecnocientífico e do raciocínio clínico. **Conclusão:** A experiência possibilitou ganhos em aprendizado para os estudantes, além de contribuir com o sistema de saúde e de beneficiar os pacientes envolvidos.

► **Palavras-chave:** Educação médica. Competência profissional. Relação médico-paciente.

¹ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brazil (sergio.henrique.botti@gmail.com).
ORCID: 0000-0001-8700-4976

² Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (mayragalvao20@edu.unirio.br).
ORCID: 0000-0002-0507-6798

³ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (sylvia.viana@edu.unirio.br).
ORCID: 0000-0002-8054-9954

⁴ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (rodrigonascimento@unirio.br).
ORCID: 0000-0002-7403-177X

⁵ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (paulinha.fc.94@gmail.com).
ORCID: 0000-0002-8823-5685

Recebido em: 22/10/2020
Revisado em: 22/06/2021
Aprovado em: 17/08/2021

Introdução

As Diretrizes Curriculares Nacionais (CNE, 2001) requerem uma formação que contemple um profissional generalista e reflexivo, com capacidade humanista (BASTOS, 2005). Em meio à pressão para ser um bom estudante de Medicina (WACKERBARTH, 2020), os acadêmicos se perdem da essência da profissão, a fim de cumprir exigências curriculares. Alguns fatores, como a extensa carga horária teórica e o estresse ao se preparar para a prova de residência, levam o estudante à exaustão e ao desinteresse (GALÁN *et al.*, 2011). A Semiologia é a disciplina que traz o momento em que há o primeiro contato do acadêmico com o paciente. Todavia, o estudante, imerso pelo excesso de cobrança da grade curricular, não reconhece que, diante dele, há uma pessoa que não segue necessariamente um padrão descrito em livros.

O termo “médico”, proveniente do grego, significa estar envolvido no trabalho clínico, tendo como foco principal o alívio do sofrimento humano (WACKERBARTH, 2020). A partir do Projeto Anjos da Guarda (PAG) (BASTOS, 2013), implementou-se um novo projeto com o mesmo nome, na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), em seu Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), a fim de aproximar os alunos da vivência médica, despertar empatia, genuíno interesse pela responsabilidade da profissão e ensinar o profissionalismo médico (SWICK, 2000; SCHLEIFER; VANNATA, 2019). O projeto baseia-se em um processo de ensinagem, que foge da ideia tradicional de aulas expositivas e busca a construção mútua de conhecimento por meio das aulas participativas e que transcendem as paredes de uma sala de aula (ANASTASIOU; ALVES, 2015).

O método clínico, ferramenta profissional utilizada no Projeto Anjos da Guarda e desenvolvida pelo professor Ricardo Rocha Bastos, constituiu-se de algumas etapas: acolhimento, entrevista, exame físico, lista de problemas, exames complementares, propostas de ação e acompanhamento (BASTOS, 2013). Essa abordagem permite a coleta de dados pessoais diferenciados, a qual dispõe de habilidade de comunicação interpessoal, atentando para a linguagem não verbal e a escuta com genuíno interesse, que geram respeito e confiança entre pacientes e médicos. Como resultado, a melhor relação médico-paciente pode reduzir a falta de comunicação e a falta de supervisão que levam ao erro médico (ZULMAN, 2020), pode contribuir com a adesão e com o encorajamento ao tratamento (ANDERSON, 2007; ZULMAN,

2020), pode facilitar a descrição do quadro clínico e diminuir a chance de Burnout do profissional (MIEDANY, 2019; SCHLEIFER; VANNATTA, 2019, p. 89).

O método clínico lida com o relacionamento médico-paciente. E em todas as etapas dessa relação, são trabalhados não apenas o preenchimento de um formulário (anamnese) como também a construção de parceria com o paciente, de modo que haja vínculo de confiança entre os mesmos (BASTOS, 2013). Deve ser estabelecida uma relação verdadeira da pessoa a ser cuidada com seus cuidadores. Nessa relação, professor e aluno, embora não sejam os responsáveis diretos pela conduta, servem como elo entre a pessoa que sofre e o profissional responsável pelo caso.

Este relato de experiência descreve o PAG na Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (EMC), instituição vinculada à UNIRIO, trazendo aos alunos a oportunidade de desenvolver o método clínico e o raciocínio médico. O projeto fundamenta-se na prática baseada na literatura científica e na criação de vínculo, a fim de oferecer a melhor prática médica àqueles de quem cuidamos (COULEHAN; BLOCK, 2006).

Metodologia original do Projeto Anjos da Guarda

Um dos principais objetivos do projeto é o profissionalismo médico, que envolve uma constante busca intelectual, visto que o saber biomédico cresce exponencialmente. Logo, os médicos devem apreender informações e usá-las para tomar decisões clínicas, atualizando-se constantemente (SWICK, 2000). Nesse sentido, o projeto fortalece a formação acadêmica ao desenvolver habilidades essenciais para a boa prática médica. Aprendemos, com cada paciente, os diferentes quadros de saúde, pois cada paciente apresenta comorbidades, histórias familiares, fisiológicas e sociais das mais diversas.

Originalmente, o projeto constitui-se de duplas, sendo um aluno do quarto período (pupilo) e outro do nono (anjo). O aluno do período mais à frente acaba compartilhando conhecimento com o pupilo, em uma convivência profícua que a escola médica prescinde em suas atividades. Anjo e pupilo acolhem, entrevistam, examinam e acompanham o paciente até o dia da alta, sem ter a responsabilidade oficial pelo cuidado. No início da ação da dupla, o anjo toma a frente, observado de perto pelo pupilo. Com o tempo e aquisição de experiência, o anjo permite que o pupilo assumam algumas ações, auxiliado pelo próprio anjo (BASTOS, 2005).

Todo paciente acompanhado pelos alunos é apresentado, à beira do leito, para o preceptor e para as demais duplas. É o primeiro contato do preceptor e dos demais alunos com o paciente, o que demarca o sentido de apresentação do caso e a possibilidade de ensinagem do raciocínio clínico, no momento em que é desenvolvido pelo preceptor. A apresentação deve ser objetiva e com linguagem técnica, oferecendo informações úteis para construir o processo diagnóstico e de cuidado, além de dar a conhecer quem é aquela pessoa, terreno no qual o agravo se instala. Essa apresentação deve conter a identificação preliminar do paciente, a razão da hospitalização, o caminho trilhado no sistema de saúde até chegar à internação atual, o agravo, outros dados importantes da entrevista, exame físico, exames complementares e as informações sobre a pessoa em si.

A proposta do projeto é que a entrevista seja realizada tendo como base a literatura recente sobre o tema como os livros *O método clínico*, de Ricardo Bastos (BASTOS, 2013), e *The Medical Interview: mastering skills for clinical practice*, de Coulehan e Block (COULEHAN; BLOCK, 2006). Inicialmente, devem ser feitos a ambientação e o acolhimento, de maneira que o paciente se sinta à vontade até mesmo para recusar a entrevista, e o estudante se prepare para a atividade que exige grande esforço intelectual. As primeiras palavras trocadas pelo aluno devem ser: “Olá, eu sou (dizer o primeiro nome), aluno de Medicina, faço parte da equipe desta enfermaria e preciso conversar com você. Podemos conversar agora?”. Já a ambientação começa com o registro do nome do aluno no jaleco (MENAHEM; SHVARTZMAN, 1998; TIANG, 2017), sendo esse o preparo externo, um elemento fundamental no auxílio de identificação para a pessoa e para a equipe de saúde. Numa enfermaria, deve-se escolher o melhor momento para entrevistar. O ideal é que o paciente esteja sentado no leito e o estudante que vai entrevistá-lo deve também encontrar uma cadeira para se sentar ao lado, se possível. Assim, a mensagem de que existe disposição para ouvi-lo será compreendida pelo paciente como uma forma de acolhimento (PLATT *et al.*, 2001; ANDERSON, 2007; RUSH, 2019).

Na sequência, a identificação preliminar é feita. São identificados os pontos essenciais para iniciar uma conversa profissional, usando perguntas de forma textual: “Qual o seu nome completo? Você tem quantos anos? Faz aniversário em qual mês? Qual o seu endereço completo, com telefone celular e *e-mail*? Você sempre morou nesta cidade?”. As perguntas devem ser com genuíno interesse pelo que está sendo informado, coletando dados que permitam identificar e encontrar o paciente

quando necessário. Perguntas típicas do recenseador, como: “nome completo? Data de nascimento? Endereço?” devem ser evitadas. Tais perguntas limitam a fala do paciente, e colocam o entrevistador com controle sobre o diálogo (REALINI, 1995). Desse modo, aumenta o vínculo entre os envolvidos na entrevista e é criado um ambiente propício ao encontro médico-paciente (BASTOS, 2013).

A entrevista propriamente dita é aberta com a primeira pergunta propiciatória: "Quando tudo isso começou, o(a) senhor(a) procurou o médico, pela primeira vez, por quê?" E, assim, o paciente conta o motivo de buscar o atendimento inicialmente, descrevendo sinais e sintomas e, muitas vezes, o seu caminho no sistema. A intenção dessa pergunta é compreender como o agravo começou, para se construir uma abordagem para a maioria dos sinais e sintomas iniciais das patologias mais prevalentes no nosso meio (BASTOS, 2013; BOISSY *et al.*, 2016; GILLIGAN, 2020).

A resposta do paciente à primeira pergunta propiciatória é chamada de fala livre. Nesse momento, é importante escutar atentamente, sem interromper (REALINI, 1995). Uma escuta ativa é feita, buscando compreender a história com objetividade (PLATT *et al.*, 2001; COULEHAN; BLOCK, 2006; ANDERSON, 2007). Recomenda-se anotar algumas informações de forma telegráfica, usando termos ou expressões que o paciente tenha falado. Não é o momento de interpretar, em termos científicos, as palavras escutadas. É importante anotar o que não se conseguiu memorizar. Muitas informações que surgem aqui são sobre o agravo, e também sobre o caminho trilhado no sistema. É imprescindível distinguir as informações desses dois tópicos (agravo e caminho no sistema), para não os confundir.

Seguindo a entrevista, deve-se fazer o questionamento dirigido, com perguntas para compreender melhor as partes mais importantes da fala livre. Passa-se por todos os termos anotados ou memorizados, imprescindíveis para conhecer bem o agravo, o caminho no sistema e a pessoa. É o momento de usar a precisão, demonstrando sempre genuíno interesse para compreender os detalhes das anotações e do que foi memorizado, buscando traduzir essas informações, transformando-as em termos técnico-científicos (WÜNDRICH *et al.*, 2017; FEINSTEIN 1997; YEDIDIA *et al.*, 2003; COULEHAN; BLOCK, 2006).

O próximo passo é o questionamento geral. Os alunos informam antes, ao paciente, que serão realizadas perguntas para conhecê-lo melhor. Essas perguntas devem ser feitas da mesma maneira para todas as pessoas entrevistadas pela primeira vez. Interrogações que procuram certificar sobre a história patológica pregressa;

internações e operações; sobre a história fisiológica; o peso; a imunização e alguns aspectos da história social. Mais importante do que lembrar todos esses itens, é escolher as melhores perguntas a serem feitas, demonstrando empatia e acolhimento (YEDIDIA *et al.*, 2003; BUCKER *et al.*, 2018).

Depois disso, a entrevista segue com a segunda pergunta propiciatória: “Na casa do(a) senhor(a), mora o(a) senhor(a) e mais quem?” Por meio dessa pergunta, busca-se entrar na intimidade da pessoa, identificando quem são os que convivem com ela, como estão de saúde e como estão na vida em geral. O interesse na história contada é que vai fazer toda a diferença na entrevista, especialmente por essa etapa ser um momento de sinceridade, respeito e empatia. É aqui que conhecemos melhor a pessoa e permitimos que seus sentimentos se expressem em gestos e palavras. É preciso uma escuta ativa. Aproveita-se também para conhecer mais sobre a história familiar. Caso não se tenha falado sobre os pais e irmãos, pode-se perguntar: “Me conte um pouco sobre seus pais? Você tem irmãos?” Com elas, o objetivo é conhecer um pouco mais da pessoa e buscar doenças comuns na família (GUTTMACHER, 2004; COULEHAN; BLOCK, 2006; BASTOS, 2013; WUNDRICH *et al.*, 2017).

Por fim, a terceira pergunta propiciatória é feita: “Existe mais alguma coisa sobre a qual ainda não conversamos que gostaria de me falar agora?” Dessa forma, é dada, ao paciente, a oportunidade de encerrar a entrevista. É, mais uma vez, demonstração de genuíno interesse. Muitas vezes é, nesse momento, que se consegue informações muito importantes.

Após a apresentação, os acadêmicos e o professor vão para outro ambiente discutir os casos. Inicialmente, conversam sobre as dificuldades encontradas na aplicação do método clínico e levantam formas de lidar melhor com elas. Posteriormente, cada dupla apresenta a vinheta, isto é, um pequeno relato técnico que expõe os dados essenciais para formulação do raciocínio médico. Nela, contemplam-se os dados da entrevista, do exame físico e dos exames complementares. A partir disso, o professor ajuda a elaborar uma pauta de estudos, mediante a pergunta: “O que devo aprender para que, futuramente, eu possa atender melhor uma pessoa com apresentação semelhante?”. Dessa forma, o aluno aprimora o seu raciocínio clínico e aprende a buscar a literatura sugerida (BUTTI; REGO, 2011). O projeto defende, ainda, o acompanhamento do paciente após a alta. Isso é efetivado com a visita da dupla à Unidade Básica de Saúde ou por uma visita domiciliar (BASTOS, 2005).

Relato de experiência

Em 2019, houve o primeiro contato com o Projeto Anjos da Guarda. Nesse período, não foi possível implementá-lo, conforme a proposta inicial por algumas dificuldades relatadas mais adiante. Buscando experimentar o projeto em sua plenitude, em fevereiro e março de 2020, os quatro alunos do sexto período de medicina e um preceptor da EMC no HUGG fizeram uma imersão, seguindo os passos originais do projeto.

A partir do modelo original, foi decidido fazer a imersão nesta metodologia de ensino de forma adaptada à realidade dos alunos. Em dupla, um dos integrantes entrevistava um paciente enquanto o outro acompanhava. Nesse caso, pelo fato de os alunos serem do mesmo período, havia revezamento na função de pupilo e anjo. As apresentações ocorreram nos dias subsequentes às entrevistas. Depois da apresentação, em um anfiteatro, houve a discussão da vinheta com a sugestão de bibliografia.

Um dos principais desafios do estudante de medicina e do médico é juntar informações dadas e formar a história em parceria com o paciente, levando em consideração o impacto da doença na saúde física e psicológica (MIEDANY, 2019). Entretanto, a medicina tradicional leva a acreditar que o caminho é diminuir o tempo da consulta e acelerar a entrevista, menosprezando a criação de vínculo com o paciente e o poder diagnóstico de uma entrevista bem realizada (CROMBIE, 1963). Outras vezes, contenta-se com informações coletadas por outro profissional, ignorando a qualidade dessa coleta, o que pode prejudicar o atendimento (RUSH, 2019). Essa conduta pode deixar escondidos inúmeros aspectos e percepções que poderiam ser observados com a entrevista médica (COULEHAN, 2006; WILLIAMS, 2001), associada a uma conversa profissional entre o cuidador e a pessoa a ser cuidada.

Em sequência à entrevista, a apresentação, à beira do leito, que acontece diante do preceptor, oferece ao aluno uma experiência de aprendizado prático. O docente-clínico observa como o estudante se porta com o paciente, os acompanhantes e a equipe de saúde. Os acadêmicos aprendem, também, observando a atitude do preceptor com as mesmas pessoas e, depois, ainda recebem orientações a respeito da atuação à beira do leito para melhorar o desempenho (DICHI; DICHI, 2006). Esse contato com o paciente e com o docente-clínico, ao mesmo tempo, é um momento único capaz de ensinar sobre ética, profissionalismo e aperfeiçoar as habilidades clínicas (GOLDBERG *et al.*, 2016; GONZALO *et al.*, 2008).

A apresentação, à beira do leito, é combinada entre os alunos e o paciente previamente, no final do exame físico, para que ele não se sinta exposto. Nessa conversa, os acadêmicos esclarecem que irão contar a história dele para colegas e para o professor, usando termos médicos que ele pode não entender e que, depois da apresentação, retornarão ao leito para conversar e tirar alguma dúvida que tenha surgido (LEHMANN *et al.*, 1997). É um momento em que o paciente percebe a atenção minuciosa que está recebendo e a abertura de espaço futuro para tirar dúvidas e tranquilizar-se (LOPES, 1998). Assim, ele entende mais sobre sua condição de saúde e, ainda, suas considerações sobre seu tratamento são ouvidas. Estimula-se, então, a autonomia da pessoa, contribuindo para melhores resultados (PLATT *et al.*, 2001; PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Em outro ambiente, no anfiteatro da enfermaria, havia a discussão sobre os aspectos da apresentação. O docente-clínico tecia observações em relação à apresentação dos alunos, à construção da vinheta clínica, à postura diante do paciente, acompanhante e equipe de saúde; o raciocínio clínico baseado na interpretação da entrevista, exame físico e exames complementares; além da orientação quanto à referência a ser buscada a partir do tema dado pelo paciente durante a entrevista e filtrado pelo professor. Dessa forma, o projeto inverte a lógica ultrapassada do ensino médico, em que primeiro é dada a teoria e depois a prática, e privilegia a cronologia de um encontro médico real.

É importante ressaltar que o projeto não impacta somente a formação do estudante, como também o funcionamento do serviço de saúde. Usando a técnica da entrevista médica e do exame físico pertinente, com proficiência, obtêm-se informações que não constam em prontuário e não foram colhidas por nenhum outro profissional. Com isso, o estudante atua contribuindo com os médicos que são diretamente responsáveis pelo cuidado dos pacientes, transmitindo à equipe informações que antes não foram consideradas e proporcionando uma melhor conduta.

Uma das dificuldades encontradas na prática das ações foi a implementação do projeto para um grupo maior de alunos. Isso porque, quando se realizou o projeto com cerca de 30 alunos, em 2019, havia um único docente-clínico para acompanhá-los. Muitos alunos, portanto, não conseguiram ter a experiência da apresentação à beira do leito. A falta de mais professores envolvidos com o projeto pode ter vários motivos, sendo relatado que um deles é o desconforto do professor, quando desconhece previamente o caso apresentado (BASTOS, 2005).

Nesta edição do projeto, não foi possível nenhuma visita domiciliar. Aventou-se, então, a possibilidade de visita ou, pelo menos, de contato telefônico com as unidades de origem nas edições futuras. Para estreitar esse contato, sugere-se a redação de uma contrarreferência para a unidade da atenção básica responsável pelo paciente, como atividade do projeto (FITTIPALDI NETO *et al.*, 2018). Com isso, estreitar-se-ia a comunicação entre hospital de ensino e atenção primária, estimulando também a educação permanente (JESUS *et al.*, 2011).

Outra dificuldade encontrada foi no segundo semestre de 2019, em que, devido à carga horária extensa de aulas teóricas, houve uma incompatibilidade de horários entre preceptor e alunos, de modo que os encontros não foram possíveis. As apresentações, então, eram enviadas ao professor através de aplicativo de mensagens e ele as corrigia, deixando comentários. Todavia, a experiência única de apresentar o caso à beira do leito e de promover o debate enriquecedor e pessoal com o docente foi perdida.

Conclusões

A vivência do Projeto Anjos da Guarda foi uma possibilidade de encontro com uma metodologia que foge do ensino médico tradicional. Os integrantes desta imersão foram sensibilizados à criação de vínculo com o paciente, com atenção especial à comunicação e ao trabalho em equipe. Além de direcionar o estudo recomendando literaturas confiáveis para enriquecer o raciocínio clínico, percebe-se o professor como aquele que tem a função de lapidar incongruências, apresentando importantes valências de um bom médico. A relação médico-paciente e a presença de um docente-clínico nas apresentações à beira-leito geraram resultados frutíferos de aprendizado e de profissionalismo.

A prática deste modelo de ensino também se mostrou capaz de trazer benefícios para o serviço de saúde e para os pacientes. Os profissionais do serviço demonstravam acolhimento diante da postura dos alunos participantes do projeto. Além disso, a empatia, o respeito e o genuíno interesse desenvolvidos, contribuíram para a melhora biopsicossocial da pessoa cuidada e para a melhora em levantar informações essenciais de história e exames físicos antes não encontrados. Compreende-se que a criação de vínculo, a entrevista centrada na pessoa, o exame físico apropriado e a solicitação de exames complementares pertinentes são fundamentais para uma boa prática médica, além da necessária busca constante por conhecimento biotecnocientífico.

Constatou-se de forma determinante que o raciocínio clínico, o profissionalismo médico, a empatia e a medicina centrada na pessoa como protagonista da atenção, foram a base da experiência. A vivência do projeto foi enriquecedora e sua continuidade tende a contribuir para uma formação médica integral. O Projeto Anjos da Guarda revelou-se uma excelente ferramenta de ensino médico, beneficiando, ainda, os diversos atores de um hospital universitário, culminando num cuidado integral e de alta qualidade para o paciente.¹

Referências

- ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES L. P. *Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula*. 3. ed. Joinville: Univille, p. 68-100, 2015.
- ANDERSON, R.; BARBARA, A.; FELDMAN, S. What Patients Want: a Content Analysis of Key Qualities that Influence Patient Satisfaction. *J Med Pract Manage*, Ontario, v. 22, n. 5, p. 255-261. 2007.
- BASTOS, R. R. Anjos da Guarda - Uma nova abordagem para aulas práticas na Graduação Médica. *Rev Bras Educ Méd.*, Juiz de Fora, MG, v. 29, n. 3, p. 201-207, set./dez. 2005.
- BASTOS, R. R. *O método clínico*. 1. ed. Juiz de Fora: [s. n.], 2013. (Série Céu Pedrento).
- BOISSY, A. *et al.* Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med.*, Cleveland, v. 31, n. 2, p. 755-761, feb. 2016.
- BOTTI, S. H. O.; REGO, S. T. A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis: Rev Sau Col.*, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 65-85, fev. 2011.
- BUCKER, L. C. G. *et al.* Comunicação acessível na relação médico-paciente durante a anamnese. *Reinpec.*, Itaperuna, v. 4, n. 1, jan-jun. 2018.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES n.4/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*, Seção.1: Brasília, DF, p. 38, 1 out. 2001. OK NO
- COULEHAN, L. J.; BLOCK, M. L. *The medical interview: mastering skills for clinical practice*. 5th. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2006.
- CROMBIE, D. L. Diagnostic process. *J Coll Gen Pract.*, v. 6, n. 4, p. 579-589, nov. 1963.
- DICHI, J. B.; DICHI, I. Agonia da história clínica e suas consequências para o ensino médico. *Rev Bras Educ Med.*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 93-97, jul. 2006.
- FITTIPALDI NETO, J.; BRACCIALLI, L. A. D.; CORREA, M. E. S. H. Comunicação entre médicos a partir da referência e contrarreferência: potencialidades e fragilidades. *In:*

- CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 7., 2018, Aveiro, Portugal. *Atas Investigação Qualitativa na Saúde*, jul. p. 101-110, 2018.
- GALÁN, F. *et al.* Burnout risk in medical students in Spain using the Maslach Burnout Inventory-Student Survey. *Int Arch Occup Environ Health*, Seville, Spain, v. 84 n. 4 p. 453-459, abr. 2011.
- GILLIGAN, C.; BRUBACHER, S. P.; POWELL, M. B. Assessing the training needs of medical students in patient information gathering. *BMC Med Educ.*, Australian, v. 20, n. 61, mar. 2020.
- GOLDBERG, A. S. *et al.* Assessment and Improvement of Medical Histories: Impact of Focused Feedback. *Isr Med Assoc J.*, Jerusalém, v. 18, n. 8, p. 479-483, Aug. 2016.
- GONZALO, J. D. *et al.* Attending Rounds and Bedside Case Presentations: Medical Student and Medicine Resident Experiences and Attitudes. *Teac Learn Med.*, v. 21, n. 2, p.105-110, abr-jun. 2008.
- GUTTMACHER, A. E.; COLLINS, F. S.; CARMONA, R. H. The family history: more important than ever. *N Engl J Med.*, v. 351, n. 22, p. 2333-2336, Nov. 2004.
- JESUS, M. C. P. *et al.* Permanent education in nursing in a university hospital. *Rev Esc Enferm.*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1224-1231, Oct. 2011.
- LEHMANN, S. S. *et al.* The effect of bedside case presentations on patients' perceptions of their medical care. *N Engl J Med*, v. 6, p. 1150-1156, Apr. 1997.
- LOPES, A. C. Ensino à beira do leito: uma verdade inabalável. *Assoc. Med. Bras.*, São Paulo. v. 44, n. 3, p. 167-168, set. 1998.
- MENACHEM, S.; SHVARTZMAN, P. Is our appearance important to your patients? Family practice. *Fam Pract.*, v. 15, n. 5, p. 391-397. 1998.
- MIEDANY, Y. E. *Rheumatology teaching: the art and science of medical education*. Switzerland: Springer, 2019.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 194-197, jun. 2006.
- PLATT, F. W. *et al.* "Tell Me about Yourself": The Patient-Centered Interview. *Ann Intern Med.*, v. 134, n. 11, p. 1079-1085, jun. 2001.
- REALINI, T.; KALET, A.; SPARLING, J. Interruption in the Medical Interaction. *Arch Fam Med.*, v. 4, n. 12, p. 1028-1033, dec. 1995.
- RUSH, R. Taking Note. *N Engl J Med.*, v. 381, n. 1, p. 9-11, Jul. 2019.
- SCHLEIFER R.; VANNATTA J. B. *The chief concern of medicine: the integration of medical humanities and narrative knowledge into medical practices*. Michigan: The University of Michigan Press; 2013.

SLEDGE, W. H.; FEINSTEIN, A. R. A clinimetric approach to the components of the patient-physician relationship. *JAMA*, v. 278, n. 23, p. 2043-2048, dec. 1997.

SWICK, H. M. Toward a Normative Definition of Medical Professionalism. *Acad. Med.*, v. 75, n. 6, p. 612-616, jun. 2000.

TIANG, K. W.; RAZACK, A. H. A.; Ng, K.L. The 'auxiliary' white coat effect in hospitals: perceptions of patients and doctors. *Sing Med J Queen Health*, v. 58, n. 10, p. 574-575, oct. 2017.

WACKERBARTH J. The Performance Art of Student Doctoring. *N Engl J Med.*, v. 382, p. 6-7, Jan. 2020.

WÜNDRICH, M. *et al.* Empathy training in medical students – a randomized controlled trial. *Med Teac.*, v. 39, n. 10, p. 1096-1098, Jul. 2017.

YEDIDIA, M. J. *et al.* Effect of Communications Training on Medical Student Performance. *JAMA*, v. 290, n. 9, p. 1157-1165, Sep. 2003.

ZULMAN, D. M. *et al.* Practices to Foster Physician Presence and Connection with Patients in the Clinical Encounter. *JAMA*, v. 323, n. 1, p. 70-81, Jan. 2020.

Nota

¹ S. H. de O. Botti: orientação, curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, administração de projeto, supervisão, apoio na redação e revisão do manuscrito. M. G. M. Galvão, S. V. F. da Silva, R. N. de Sant'Anna e P. F. Corrêa: seleção de artigos, conceituação, curadoria de dados, análise formal, produção e organização textual.

Abstract

Guardian angels: tool for medical education

Conventional medicine combines biotechnological and scientific knowledge with care. However, medical schools have placed greater emphasis on scientific knowledge to the detriment of the doctor-patient relationship. **Objectives:** This report aims to describe the immersion experience lived by four medical students of the sixth period in the months of February and March 2020. **Method:** This immersion occurred in a teaching project called Guardian Angels, which is used as a medical education tool at the Gaffrée e Guinle University Hospital of the Federal University of State of Rio de Janeiro (HUGG-UNIRIO). **Results:** The Guardian Angels Project develops medical professionalism, empathy and the fundamentals of medicine centered on the patient as part of the care process, without underestimating the importance of biotech science knowledge and clinical reasoning. **Conclusions:** The experience enabled gains in learning for the students, in addition to contributing to the health system and benefiting patients involved.

► **Keywords:** Education, Medical. Professional competence. Physician-Patient Relations.

