

O ENSINO MÉDICO NO BRASIL

Geraldo Pereira*

Uma tentativa de análise da atual situação do ensino médico no Brasil deve começar pela crítica ao que se passa hoje em dia com o jovem no segundo grau, o antigo curso científico. Aí, inicia-se a problemática que tanto aflige educadores e tanto repercute na sociedade como um todo.

Os colégios dos tempos modernos não têm a menor preocupação em oferecer aos seus alunos, notadamente dos últimos 3 anos, a formação generalista do passado, no sentido de que aprendam as humanidades e as ciências naturais; não se preocupam em devolver à sociedade o jovem habilitado em carreira técnica, capaz de, nessa ou naquela circunstância, enfrentar, sem ser necessariamente formado em curso superior, o mercado-de-trabalho, dando contribuição, da mesma forma significativa, à comunidade. Apesar de determinações federais anteriores e já revogadas, no sentido de serem mantidos cursos profissionalizantes, o que se observava era, somente, a aparência de tal formação, apenas com o fito de cumprir a legislação, sem, contudo, habilitar à profissão alguma, salvo raras exceções, dentre as quais estão as escolas técnicas federais. Antes, os estabelecimentos de nível médio interessavam-se, e se interessam, pela canalização precoce das informações para a programação dos concursos vestibulares. A mudança filosófica das escolas de nível secundário vem de uns 25 anos, mais ou menos, e parece perfeitamente consolidada na última década. Talvez influências do pós-guerra, que fizeram mudar hábitos e costumes, tenham participado na hipertrofia da valorização social do homem formado, ou tenham, quando pouco, estabelecido na obtenção do grau uma forma diferente de galgar uma posição importante, sem, necessariamente, dispor de recursos materiais. A verdade é que, em se comparando o antigo Curso de Humanidade com o atual segundo grau, se terá, não somente uma defasagem grande em relação ao elenco de disciplinas de um e de outro, mas, também, quanto ao con-

teúdo programático de cada uma, como, igualmente, se terá notável diferença entre o aluno formado bacharel de outrora e o simples candidato ao vestibular da atualidade. Em verdade, há de se dizer, também, que influenciou a geração passada o fato de serem os professores homens de conhecimentos profundos, os mais cultos, geralmente, das cidades, o que fazia de cada colégio um centro de saber. Nas escolas públicas, tanto nas masculinas, que formavam bacharéis, quanto nas femininas, onde se preparavam professoras para o curso primário, as cadeiras eram conquistadas por concursos, nos quais a prova de títulos e uma tese, além da prova escrita, serviam de base, selecionando, assim, os melhores para o corpo docente.

Se na atualidade os colégios são precários e o ensino é deficiente, redundando sempre na defeituosa e não integral formação do jovem que se apresenta como candidato ao curso superior, pobre no conhecimento das ciências humanas e, até, naquelas que buscam o entendimento da natureza, indispensáveis, ambas, como base ao estudo da Medicina, houve, por outro lado, forte pressão da sociedade sobre o governo, no sentido não apenas de abrir mais vagas em suas escolas, mas em permitir a criação de novas faculdades, contanto que se pudesse absorver cada vez mais gente, gente integrante de uma juventude na qual o *status* a ser atingido tinha, e ainda tem, que ser a formatura. Para entender a assertiva anterior basta conhecer dados a propósito do número de escolas de Medicina no Brasil e observar como evoluíram tais índices ao longo do tempo. A primeira escola médica foi criada, por ato de D. João VI, na Bahia, no ano de 1808 e, logo em seguida, no mesmo ano, a do Rio de Janeiro, mas somente noventa anos depois instalou-se a terceira, em Porto Alegre. Entre 1808 e 1957, existiam no Brasil 27 cursos para a formação de médicos, enquanto no período de 1960 a 1971 foram criadas mais 47 escolas.

Aí, já repousa o primeiro impasse — a hipertrofia da oferta. Ora, se no primeiro intervalo aludido, de 150 anos, existiam 27 cursos, como se pode entender que, em apenas 11 anos, 47

* Professor Adjunto, Departamento de Medicina Tropical, Universidade Federal de Pernambuco

novas escolas possam ter aparecido? Naturalmente que surgiram instaladas em ambientes impróprios, adaptados, sem disporem do mínimo em equipamentos e, principalmente, carentes de pessoal docente. Esta carência fez com que se instituisse a figura do professor de fim de semana, o qual sendo de faculdade próxima passava dois ou três dias na escola e retornava. No Nordeste, entre a metrópole e uma cidade do interior, fez-se isso durante muitos anos, mas também, entre capitais. O resultado de tudo isso foi um ensino fracionado, teórico o mais das vezes, em que não podia haver seqüência entre a explicação do tema e a visão prática da doença, mas, especialmente, em que não podia o docente seguir com o paciente, acompanhando-lhe a agressão biológica, ou mental, pois não permanecia no lugar e tampouco podia exercer a Medicina onde não estava licenciado. Inúmeras faculdades, pois, habilitaram precariamente médicos que se lançaram, de pronto, no mercado-de-trabalho e foram atender à população, procuraram o funil da Residência Médica para aprofundar seus conhecimentos.

Se a expansão do número de escolas em tempo tão curto foi razão para a queda do nível global do ensino, outra conseqüência não deixou de ter a elevação do número de vagas das faculdades já estabelecidas. Prédios construídos para receber 80 alunos foram surpreendidos com 150 no início dos anos 60, dificultando a aprendizagem das disciplinas básicas. Hoje, nem mais a arte individualizada de conhecer com as próprias mãos a anatomia humana existe — as “peças” já chegam preparadas — e muito menos o direito a compartilhar microscópios — há que se contentar o aluno com demonstrações coletivas, algumas, inclusive, usando aparelhos de projeção. Pior, ainda, na parte clínica do curso, onde os doentes são insuficientes para tanta gente, o que dificulta, a tomada da história e quase impede o exame clínico. Para acompanhar tudo isso foram insuficientes, também, os professores, que se limitaram ao possível, transformando as aulas práticas em atos demonstrativos, onde os sinais e os sintomas são apresentados para discussão e nem sempre se vê a fisionomia do paciente. Medicina de livro, ciência de palavras, quando falta a realidade da prática médica.

A dificuldade em conhecer a patologia no próprio hospital universitário levou sempre, como acontece no presente, o aluno a buscar experiências nos estabelecimentos públicos, ou privados, nos serviços de pronto-socorro, ou em hospitais da Santa Casa, quando não em casas de saúde privadas, nos quais não existe o menor interesse em repassar conhecimentos e onde, mesmo havendo o desejo de ensinar, não pode haver a formação didática e pedagógica e não há, geral-

mente, a necessária atualização científica dos médicos. Mas, mesmo assim, gerações e gerações de profissionais formaram-se e se constituíram quase num misto do produto da labuta de docentes, que transmitiram a base teórica da patologia e da terapêutica e se esforçaram para apresentar a prática do dia-a-dia da profissão, e dos médicos do exercício diário, que transmitiram, e ainda transmitem, nas condições já referidas, a rotina dos serviços. Nunca, ao que parece, o hospital universitário pôde emprestar ao estudante tudo o que precisa para exercer a Medicina. Há de se dizer, contudo, que de tal fusão na aprendizagem saíram figuras notáveis de médicos, de profissionais que honram o exercício da arte, situados no patamar do conhecimento científico e humanístico da ciência, mas, quase sempre, observa-se na formação dos grandes clínicos, dos excelentes pediatras e dos exímios tocoginecologistas a especialização em centros estrangeiros ou, mesmo, nacionais mais desenvolvidos, atestando a necessidade de complementação em curso de graduação. Por certo, outros, vários, lançaram-se ao campo de trabalho carentes, necessitados de maior profundidade e o que é pior, freqüentemente, especializados de forma precoce. Ora, realmente, o acadêmico, atrelado a um determinado serviço médico, tende a complementar a sua formação voltando-se desde cedo para uma área específica da ciência e isto, aliado ao currículo cada vez mais detalhista das faculdades, fez lançar no mercado-de-trabalho gente voltada a sistemas e aparelhos orgânicos, quando não para peculiaridades ainda menores do corpo. Deixou-se, com a deformidade do ensino formal e o estabelecimento da aprendizagem informal, de se encarar o homem como um todo indivisível, no qual uma parte depende, necessariamente, da outra e onde a matéria é regida por um psiquismo repleto de mistérios. Talvez a separação do corpo humano, e, até, do psiquismo, tão freqüente no exercício médico diário, seja estimulada no início do curso pela apresentação na Anatomia de “peças”, ao invés do corpo íntegro, pouco a pouco desvendado pelo bisturi do acadêmico, que assim começava a sua intimidade com a vida, embora, paradoxalmente, trabalhe na inércia física de um cadáver. Quem já se inicia na arte trabalhando com partes isoladas do seu objetivo futuro, mais dificuldade terá em reuní-las no todo humano que aglutina o ser.

De alguns anos para cá, não foram apenas as “peças” anatômicas que fizeram isolar parte por parte, órgão por órgão, sistema por sistema, o organismo humano, mas, também, o fracionamento, cada vez maior, das especialidades incluídas no elenco de disciplinas. Nos dias que correm, não se estuda mais a Clínica Médica como outrora se fazia, como matéria do currículo, on-

de as diversas e mais freqüentes injúrias eram esmiuçadas à luz de um contexto mais amplo e em cujas enfermarias o doente não era simplesmente o ulceroso, o cardiopata, ou o diabético, mas um complexo patológico, no qual disfunções de um campo poderiam ter levado a injúrias de outro. O Clínico buscava na insuficiência cardíaca a causalidade, tratava distúrbios que certamente a influenciaram e cuidava dos danos produzidos pela circulação sanguínea dificultada. Hoje, o aluno é posto à observação de partes da ciência, dedicando poucas semanas à Gastroenterologia, à Cardiologia e à Endocrinologia e a tantas outras especialidades, ou subespecialidades, da medicina moderna, trabalhando à sombra de aparelhos sofisticados que, sob programas de informática, vasculham dos pés à cabeça o enfermo, detectando-lhe, como se fora um conjunto de pequenas e sincrônicas peças, detalhes anormais da estrutura e do funcionamento orgânico. A partir do quarto ano médico, começa a carreira, de sala em sala, para os diferentes setores da integralidade humana e no final sai um médico inteiramente voltado para um departamento orgânico e habituado ao manuseio de traçados, fotografias avançadas do ultra-som e sofisticados métodos de fluorescência, desligado completamente do todo e, principalmente, sem a humanização necessária à arte. Em especialidade alguma de ciência médica pode-se afastar o estudo sistemático das generalidades durante o curso. Um fígado, como qualquer órgão, não é estanque, depende de muitos outros e para muitos outros funciona!

Assinale-se, contudo, que a diminuição, cada vez maior, da disponibilidade orçamentária para a educação, fez cair ainda mais o nível de ensino. Faculdades sem verba para renovar, ou conservar, seus equipamentos, ofereceram práticas, e continuam oferecendo, em matérias do ciclo básico, em que um exame parasitológico das fezes serve para demonstração a cem alunos e onde uma placa de cultura bacteriana passa de mão em mão, para a observação atônita de quem não sabe semear um germe e muito menos compreender o sentido do crescimento de uma colônia, ou o halo em volta do disco de antibiótico. Nos hospitais foi a pior recessão, formalmente imposta, não se praticando o mínimo em termos de exames laboratoriais, nem aqueles indispensáveis à prática médica diária, e a medicação, hoje padronizada com os produtos CEME, não há em disponibilidade nas farmácias e não se pode comprar nos estabelecimentos privados. Os hospitais de ensino foram deixando de ser centros de referência, para assumirem status inferiorizado na hierarquia da saúde.

A patologia tropical foi desprezada, rarearam os recursos para o estudo sistemático das doen-

ças regionais, redundando na diminuição de leitos disponíveis para o ensino e no desaparecimento de trabalhos que investigavam as parasitoses e as infecções em seus diversos aspectos, inclusive aqueles voltados para a morbidade e a mortalidade no ambiente rural e nas áreas periurbanas. Em alguns casos, a disciplina voltada para a temática foi posta à margem, simplesmente excluída do elenco, ou colocada como optativa, como se nesse País não se tivesse na liderança das injúrias humanas as enfermidades de cunho infeccioso, ou parasitário e, até, como se no Brasil, na maior parte das cidades, a mortalidade não reconhecesse semelhante origem. Abandonou-se o mais freqüente, o que fustiga diariamente a gente simples, pelo sofisticado, capaz de ser aplicado aqueles bem dotados economicamente, numa demonstração do paradoxo social da ciência, onde o saber parece dirigir-se no sentido da maior e melhor oferta pecuniária e menos na direção apontada pelos registros epidemiológicos, onde prevalecem os males resultantes da pobreza, da fome, da falta de higiene e da ausência quase completa de educação. Desorganizaram-se centros de estudos tropicais da maior importância, reconhecidos como locais de referência por universidades do mundo inteiro e que se prestaram à formação de médicos brasileiros, hoje atuantes nos mais diversos rincões da pátria, como contribuíssem no aperfeiçoamento de estrangeiros. Adotou-se uma postura francamente contrária à Tropicologia Médica, buscando explicações na precariedade econômica do povo, apenas, sem, contudo, atentar para as influências exercidas por fatores peculiares a situação intertropical, que atuam sobre o ciclo de vida de parasitos os mais diversos, facilitando a manutenção de endemias, como não se atentou para as profundas transformações produzidas pelo próprio homem nos chamados ecótipos, naturais, transferindo protozoários e outros agentes de reservatórios silvestres para o ser humano. Mesmo que não existam as doenças Tropicais há uma Medicina Tropical, isto é, aquela que investiga, diagnostica e trata a patologia intertropical.

Toda essa deflexão da curva de rendimento universitário afetou, profundamente, o corpo docente, que foi se desmorivando, a cada dia, com a crescente precariedade do ambiente de ensino e pesquisa. Somou-se a isso o achatamento progressivo do salário, que vem sendo um fator de desestímulo à dedicação integral do professor, obrigando-o a pendurar-se, ali e acolá, em uma sacola de empregos para sobreviver. As 40 horas, dadas como estímulo à produção, não podem ser cumpridas em conseqüência da insuficiência do ordenado, o qual não chega a ser igual ao do médico do INAMPS, médico, enfatize-se,

formado pelo professor que percebe a insignificante quantia.

Se o ensino caiu, semelhante fato vem sucedendo com a pesquisa, fiel seguidora da primeira atividade, para a qual não parece existir uma diretora capaz de orientar prioridades e para a qual não parece, igualmente, existir a exigência de aplicabilidade maior na melhoria da saúde do povo. Os organismos de financiamento, interessados em gerir a matéria, fixam bolsas de auxílio aos professores com tetos insignificantes e exigem dos mesmos integral dedicação à universidade, como se fosse possível, tornar-se um asceta da educação nos dias que correm.

No Brasil, ou se triplicam os salários dos professores, ou estaremos fadados ao esvaziamento completo e ao repasse das funções do magistério aos que exercem a prática médica nos hospitais da previdência e nos estabelecimentos privados de saúde, onde, certamente, há de se ter orientação mais mercantilista do que a atual. Será o reconhecimento da prática dos estágios informais, tão combatida por tantos.

Um questionamento bem atual é o do perfil que deve ter o profissional entregue à comunidade. A maioria dos interessados na temática admite não ser o do especialista, posto que voltado para aspectos peculiares da saúde, ou da doença, não serve às exigências da nação, fustigada que tem sido, ao longo dos séculos, por males da pobreza e da falta de higiene. O especialista viria depois, representaria um pouco mais que 10% dos 8.000 médicos anualmente formados.

Discute-se, todavia, se o melhor caminho seria o de preparar o médico para o exercício simultâneo da Clínica Médica, da Pediatria, da Tocoginecologia e da Cirurgia — uma réplica do médico de família dos tempos passados —, onde o profissional, embora superficialmente, tem conhecimentos assim amplos e é capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde da comunidade; ou se, por outro lado, prepará-lo genericamente, mas deixá-lo apto a uma dessas quatro especialidades consideradas básicas pelo sistema de saúde. Há, ainda, na atualidade, médicos assim de um e de outro tipo, principalmente na área rural e na periferia urbana das grandes cidades, os quais não somente têm grande importância no que concerne ao programa sanitário como merecem a confiança da clientela.

É difícil optar por uma ou por outra forma, mas é fácil compreender a necessidade da generalização do ensino, mormente se pensarmos na prevalência de entidades nosológicas que injuriam o homem brasileiro, como realmente estão, exatamente, encaixadas dentro das especialidades sugeridas como básicas. É difícil, porém, fixar critérios, de pronto, em País de dimensões como o nosso, onde as condições de vida variam

extremamente, esteja o homem habitando a metrópole, ou morando no mais distante rincão da Amazônia. Talvez seja preciso dispor do generalista, na acepção verdadeira da palavra, na cidade distante, isolada, e contar com o médico de formação geral, mais habituado ao trato de adultos, de crianças, ou o cirurgião, nas equipes previdenciárias de cidades maiores. O especialista reservar-se-á aos centros mais desenvolvidos.

Uma palavra, porém, precisa ser dita e há de ser considerada, a da necessidade premente de se incluir na formação do médico o humanismo; o humanismo que é capaz de fazer do médico, não um técnico especializado na máquina humana, mas um ser que compreende a integração perfeita entre a matéria e o espírito. De que pode servir o diagnóstico bem dado, simplesmente; a reunião de sinais e sintomas e de sofisticadíssimos exames de laboratório, para se detectar com absoluta precisão um tumor é decretar o prognóstico, sem a aproximação afetiva do médico com o paciente, tantas vezes, suficiente para sanar o padecimento e diminuir a angústia dos dias que restam! De que pode servir a detecção laboratorial com aparelhos caríssimos e "kits" importados de anticorpos do mal do século, se o doente é marginalizado e até os médicos correm com medo! Mais vale, por vezes, uma palavra, um carinho, um afago, do que a droga mais recente!

Há, entretanto, um último tópico a ser abordado, o da sistemática do ensino. A tendência atual é a de adotar o que se vem denominando de integração docente-assistencial, isto é, a prática médica realizada nos ambientes onde realmente se exerce o mister: nos postos, nos centros de saúde, nas unidades mistas e nos hospitais, onde o aluno teria a oportunidade de participar integralmente do trabalho médico, de ver o doente na sua chegada, auscultar-lhe a história e examiná-lo, mas, principalmente, poderia segui-lo, acompanhando a trajetória rotineira do serviço e, inclusive, participando da causalidade patológica, na medida em que incluísse em suas atividades visitas domiciliares, hábito das unidades de saúde pública onde se realiza uma prática sanitária completa. Em tudo isso teria que estar presente o docente, ou alguém credenciado para este fim, de tal forma a supervisionar e discutir com os alunos os temas mais pertinentes. Isso não seria o reconhecimento do estágio informal, responsável em grande parte pela formação do médico atual, em virtude de contar com a participação do professor, ou de alguém para isso delegado, e porque pretenderia um sistema generalista de formação e não a especialização da informalidade antes referida. Aí, refira-se, mais, há uma outra meta capaz de ser atingida, a da educação médica continuada, visto que os médicos

dos serviços integrados ao sistema podem, não apenas, merecer da faculdade com a qual está conveniado o serviço, programas de atualização, como, igualmente, terão que se manter atualizados para o seguimento dos estudantes, mesmo não estando diretamente envolvidos. Natural a reação inicial capaz de aparecer em tais circunstâncias, por parte de um ou de outro grupo e, até, pelos alunos, mas, é válido tentar para sentir os resultados. Com o estímulo a tal integração predominará no ensino a parte prática e não se deve nesse caso ultrapassar, como recomendam alguns, além de uma aula teórica por dia, a carga de informações a serem assim transmitidas.

Bibliografia consultada

1. BALDY, J. L. S. Ensino das doenças infecciosas e parasitárias no curso de graduação de escolas médicas brasileiras. *R. bras. Educ. Med.*, 8 (2): 81-7, 1983.
2. BARBOSA, F. S. O. programa brasileiro de integração docente-assistencial no sistema de educação superior no campo da saúde. *R. bras. Educ. Med.*, 7 (1): 17-23, 1983.
3. BARBOSA, F. S. As utopias da educação médica. *R. bras. Educ. Med.*, 7 (1): 7-8, 1983.
4. CURRÍCULOS plenos dos cursos de graduação em medicina. *R. bras. Educ. Med.*, 8 (3): 200-5, 1984.
5. GONÇALVES, E. L. O hospital de ensino; ontem, hoje e amanhã. *R. bras. Educ. Med.*, 8 (3): 188-92, 1984.
6. INTEGRAÇÃO docente-assistencial. *R. bras. Educ. Med.*, 6 (3): 189-95, 1982.
7. KELNER, S. *Mutação do ensino médico no Brasil; 70 anos da Faculdade de Medicina do Recife.* (Conferência pronunciada na Fundação Joaquim Nabuco, Recife, 1985)
8. LEITÃO, E. G. Meditação sobre o ensino médico. *R. bras. Educ. Med.*, 7 (3): 135-6, 1983.
9. MACIEL, R. Há excesso de médicos no Brasil? *R. bras. Educ. Med.*, 8 (3): 139-40, 1984.
10. MELLO, H. K. Quantidade x qualidade na formação de médicos no Brasil. *R. bras. Educ. Med.*, 8 (1): 47-9, 1984.
11. MENDES, E. V. A integração docente-assistencial na perspectiva dos serviços. *R. bras. Educ. Med.*, 8 (1): 50-9, 1984.
12. PINOTTI, J. A. A crise da universidade brasileira; causas e soluções. *R. bras. Educ. Med.*, 9 (1): 37-41, 1985.
13. PINOTTI, J. A. A universidade e a crise. *R. bras. Educ. Med.*, 8 (2): 107-11, 1984.
14. ROCHA, J. S. Y. A crise da terminalidade da educação médica no Brasil. *R. bras. Educ. Med.*, 7 (1): 36-41, 1983.
15. SANTOS, R. F. *Ensino médico e assistência à saúde.* Salvador, UFBA/Centro Editorial e Didático, 1974.

Endereço do Autor:

Hospital das Clínicas da UFPE
Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias
Av. Moraes Rego, s/n.º — Cidade Universitária
50.000 — Recife — PE