

Formação médica e integração de atividades docentes e assistenciais*

Medical training and the integration of teaching and assistential activities

Gerson Noronha Filho, José B. Resende, Antonio C. Lemme,
George Ney Júnior, Andrea Frossard

Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Brasil
(G.N.F., J.B.R., A.C.L., A.F.), Hospital Pedro Ernesto - Brasil (G.N.J., A.F.)

Foi realizada pesquisa com 80 alunos, no primeiro período do ciclo básico de medicina, que acompanharam o percurso de pacientes de primeira vez no ambulatório de um hospital universitário da região do Sudeste do Brasil. Foram feitas 260 entrevistas, proporcionando aos "alunos observadores" uma experiência controlada da trajetória dos pacientes, permitindo um confronto com outros valores, atitudes e expectativas, assim como a observação das queixas e sugestões dos usuários. O objetivo da pesquisa era o de abrir discussão, entre os alunos, desde o primeiro ano da graduação médica, sobre o modelo hegemônico de especialização precoce, questionando a identidade do futuro médico moldada por um currículo inadequado a responder às demandas concretas de cuidados da população. Os resultados, tanto pelos depoimentos dos alunos, como pela interpretação dos dados, estimulam a implementação de estratégias integradoras das atividades docentes-assistenciais, desde o início da formação profissional, com o objetivo de modificar o panorama do ensino atual.

Integração docente-assistencial. Educação médica, tendências.

Introdução

O papel da Universidade é proporcionar um espaço institucional de questionamento e de formação de recursos humanos com o fim de responder às necessidades da sociedade que a mantém. É consenso, no entanto, que a Universidade tem cumprindo mal este papel, em grande parte, por viver isolada da sociedade que deveria servir e também por sua pouca capacidade de renovação (Barbosa², 1985). "Possuindo três instâncias fundamentais: assistência, ensino e investigação, as universidades privilegiam apenas o aparelho formador de recursos humanos (...) abandonando a sua dimensão crítica e reflexiva" (Rocha³, 1985). Esta assimetria de prioridades está interferindo na formação atual dos médicos acarretando graves conseqüências tanto no aspecto ético, quanto no padrão assistencial.

Sabe-se que esta crise não é setorial, nem exclusivamente brasileira. Ela insere-se, na realidade, em um quadro mais amplo de transformação do modelo médico que, ao afastar-se da formação humanista e dos princípios liberais, pelo assalariamento maciço da categoria, ainda não se encontrou com as novas demandas e está distante de propor um novo paradigma.

A opção hegemônica, não voluntária e até inconsciente, pela valorização da formação técnica, com o uso abusivo de tecnologia sofisticada, por vezes iatrogênica, com custos individuais e coletivos elevados, substitui a escuta e a ausculta do paciente, por um modelo tecnicista, que facilita a frieza do distanciamento, sem envolvimento ou responsabilidade, gerando insatisfações mútuas. Por outro lado, a especialização precoce, abandonando a formação geral, afasta o médico de uma abordagem integral do paciente.

* Apresentado no II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO) (SP), no XVII Congresso da Associação Brasileira de Ensino Médico (MA) e na Rede Ida/Brasil(RJ), realizados em 1989.

Separatas/Reprints: Gerson Noronha Filho - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rua São Francisco Xavier, 524 - 20559-900 - Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Recebido em 3.11.1993. Aprovado em 27.03.1995.

Por esta razão é fundamental que se desenvolvam esforços no processo de formação de recursos humanos, desde o ciclo básico, que coloquem os alunos em contato direto com a prática assistencial, permitindo um, ensino/aprendizagem participativo, envolvendo-os emocionalmente pela reflexão e crítica.

O presente trabalho refere-se a uma pesquisa-participativa realizada com alunos do primeiro semestre do curso de medicina de uma Universidade Federal do Sudeste do Brasil, que acompanharam pacientes do ambulatório de um hospital universitário. Avaliaram, refletiram e criticaram o modelo assistencial e a relação entre os profissionais de saúde e os usuários.

Justificativas

Questionamento do Modelo de Especialização Precoce

Desde há muito vem-se sentindo necessidade de contrapor à formação do médico com especialização precoce, centrada no diagnóstico técnico-dependente, uma outra prática com ênfase num paradigma voltado à humanização do mesmo profissional, tornando-o mais atento às necessidades do usuário e preocupado em dar resolutividade ao encontro do profissional com a clientela. Esta, além de ter queixas específicas de saúde, carrega todo um complexo social e psicossomático ignorado na prática dos serviços públicos de saúde.

"A moderna medicina científica tem enfatizado excessivamente a abordagem reducionista e desenvolveu suas disciplinas especializadas a um ponto tal que os médicos, com frequência, já não são capazes de ver a enfermidade como uma perturbação do organismo todo, nem tratá-la como tal" (Capra⁵, 1982).

Nesse sentido, ao se inserir o aluno na assistência, pretendeu-se proporcionar ao mesmo uma observação "vívida" de outros valores, atitudes e expectativas, oferecendo elementos de correção ao modelo de especialização.

A observação da simplicidade das principais queixas dos usuários permitiria aos alunos perceber que um modelo de médico generalista, competente e resolutivo, pode ser uma alternativa viável, econômica e eficaz à especialização precoce que não só fracassa o usuário, mas o encaminha a uma tortuosa e muitas vezes excessiva medicalização dos seus problemas.

Interferência na Identidade do Médico

O aluno, colocado como observador da trajetória de um paciente dentro de um hospital, recebia material para reflexão e crítica sobre os direitos dos usuários, do cidadão e das ações dos profissionais com os mesmos. Pretendia-se interferir na sua relação com a profissão, com o paciente e com a sociedade como um todo. Para um estudante de medicina vir desempenhar o papel de médico, além da formação pessoal, iniciada e conduzida na família, nas escolas de primeiro e segundo grau e na sociedade em sentido amplo, há necessidade de um treinamento técnico, o qual não deve se restringir à transmissão passiva de informações e ao adestramento na manipulação do "complexo médico-técnico-industrial".

Deve ser ampliado, incluindo atividades que possibilitem ao estudante de medicina o exercício ativo da *observação*, da *reflexão*, da *crítica*, e do *pensamento*, instrumentos intelectuais que, como médico, ele usará como ferramentas básicas em seu trabalho clínico, a cada diagnóstico e a cada intervenção terapêutica. A presente proposta segue, portanto, os que não admitem ser mais possível manter-se a formação do médico restrita ao nível do treinamento. Segundo De Remme⁷, 1989.

"In short, physicians are being trained, not educated. They are not fed more facts, not tantalized with questions. The results includes some of what we are now seeing, such as mindless unbridled application of technology-another computer tomogram before another thought; another blood test, but not another reflection".

Quando se contesta o denominado "modelo biomédico", há que se concordar com Capra⁵ (1982), que critica o fato de:

"os testes de laboratório e a medição de parâmetros físicos na sala de exames são geralmente considerados mais importantes para o diagnóstico do que a avaliação do estado emocional, da história familiar ou da situação social do paciente".

A partir desta inserção antecipada e "vivendo" a ótica do paciente, acredita-se que possa haver uma mudança interna nos valores dos alunos, proporcionando-lhes elementos sustentadores de uma reação ao modelo tecnicista.

Modificação do Currículo Médico

Nota-se que uma grande maioria de disciplinas ainda utiliza um método de repasse de conhecimento privilegiando, apenas, a memorização, numa visão "armazenativa" da inteligência. No entanto, para haver evocação é necessário que haja envolvimento, tanto prático, como emocional pelo aluno, elementos que só serão encontrados no Internato e na Residência. Confunde-se *conhecimento* com informação memorizada e *inteligência* com um processo acumulativo de "inputs" que seriam utilizáveis numa etapa posterior de necessidade. Esta maneira mecânica de utilização de informações leva a que grande parte do que se ensina na faculdade não seja retido e o aluno fica, permanentemente, descobrindo "novos" conhecimentos dissociados dos conhecimentos anteriormente recebidos. Em pesquisa realizada com alunos do ciclo clínico do Curso Médico da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, para avaliar a fixação de conceitos aprendidos nas disciplinas do ciclo básico, obteve-se 45% de respostas erradas e 30% parcialmente corretas (Jansen e col.¹⁰, 1985).

Ainda em nível de transferência de informações, observa-se que o aluno de graduação

"é pressionado pelo interesse de muitos professores, na busca de atenderem às suas aspirações profissionais e acadêmicas, (...) esquecidos de que o crescimento profissional do aluno (...) será mais eficientemente atendido se o ambiente institucional promover o aprendizado individual, em lugar de propor ao indivíduo o aprendizado do que os outros aprenderam e como os outros aprenderam. Hoje pode-se afirmar que (...) o nosso estudante de graduação é menos um participante e cada vez mais um mero observador" (Gonçalves⁹, 1986).

Material e Método

O projeto foi elaborado e implementado dentro de uma conceituação de equipe *transprofissional* ou *transdisciplinar* admitindo-se que não houvesse apenas justaposição ou interposição dos saberes, mas sim a transposição dos mesmos. Os elementos participantes foram dois professores, um psiquiatra, um assistente social, dois mestrandos em Saúde Coletiva e os alunos observadores.

O trabalho de campo foi realizado durante o primeiro período do ciclo básico da Faculdade de Ciências Médicas, quando 80 alunos tiveram a tarefa de observar em seu percurso pelo hospital universitário, pacientes que se utilizavam da unidade para uma consulta inicial. Era previsto que cada aluno acompanharia 10 pacientes, mas poucos foram os que ultrapassaram 5 entrevistas.

O aluno comparecia à porta do ambulatório do hospital, sem uniforme ou crachá, para não ser identificado pelos elementos da instituição. Solicitava então a um usuário que se utilizava pela primeira vez da unidade, após explicar os objetivos da pesquisa, permissão para acompanhá-lo durante o seu trajeto, sem interferir ou ajudar nos obstáculos eventualmente encontrados. Após essa vivência, preenchia um questionário com dados de identificação socioeconômicos, a origem e o motivo da consulta. Avaliava, também, o grau de *satisfação* do paciente com os diversos segmentos da estrutura hospitalar (Lemme e col.¹¹, 1991) e, finalmente, obtinha a opinião sobre a resolutividade da consulta. Caso o consultante achasse necessário, deveria assinalar a quem recorrer ou indicaria como seu representante em reivindicações por melhores condições de atendimento. Após cada rodada de entrevistas, eram feitas reuniões com a coordenação da pesquisa, onde se discutia o que havia aprendido ou observado, a experiência vivida, as dificuldades e as emoções sentidas, e solicitava-se aos alunos as sugestões para a melhoria do questionário da pesquisa e para a "humanização" do atendimento no ambulatório do hospital. Para enriquecer tais discussões, a alguns alunos era solicitado revelar, por escrito, os sentimentos vividos (satisfação, depressão e outros). Como parte da capacitação para o preenchimento do questionário junto ao paciente, foram feitas dramatizações, onde eram simuladas as possíveis situações que seriam enfrentadas no decorrer do trabalho (paciente cooperativo, não cooperativo ou confuso; aluno ansioso, cientista, excessivamente humilde). No apoio às atividades de campo foi montado um conjunto de aulas teóricas com temas que se relacionavam com a prática vivida - universionalização, hierarquização, humanização e outros.

Resultados

Foram analisados 260 questionários e selecionadas algumas dessas observações para exemplificação das principais dificuldades e sensações relatadas pelos alunos:

“a burocracia hospitalar proporcionou-nos horas de espera e necessidade de locomoção para vários pontos do hospital” “a paciente não era de falar, eu tinha de arrancar as respostas: “ela era completamente sem atitude”; “falta informação, má vontade dos atendentes e serviço burocrático ruim”.

É interessante a descrição de como viveram a situação de observadores “*neutros*” do paciente:

“senti-me feliz em poder contribuir para as melhorias do Hospital, porém incapaz de fazer em tempo hábil para auxiliar aqueles que acompanho”; “aflita, não aguentei e dei uma ajuda para a paciente encontrar o ambulatório de psiquiatria”; “gostaria de ser mais útil ao paciente. Sei o significado da pesquisa, mas os pacientes não”.

A experiência alcançou seu ponto culminante na apresentação de soluções sugeridas pelos alunos, assim como pelo grau de envolvimento demonstrado:

“é necessário um serviço de informação eficiente e à mostra”; “humanizar as pessoas que trabalham lá”; “há necessidade de maior boa vontade por parte dos funcionários no relacionamento com os pacientes, principalmente dos médicos, que na maioria das vezes, chegam atrasados”; “funcionários mais bem informados, menos mal humorados, menos displicentes”; ***fazer com que os funcionários passem por tudo o que os pacientes passam (a fila, a espera, o atendimento, a falta de informações) eu espero que quando eu estiver no papel do médico, eu me lembre da saga dos pacientes para serem atendidos e os trate muito bem***; “sugiro que trabalhem mais, trabalhem todos, não por si só, mas também pelo outro”.

Como se vê, pela amostra de respostas dos alunos, a pesquisa proporcionou estímulos suficientes para que eles pudessem vislumbrar não só os caminhos da mudança, mas o grau de coresponsabilidade que têm e terão daqui para frente, em qualquer instituição de saúde.

Por último, os alunos disseram sobre o que aprenderam com a experiência:

“que o nosso sistema de saúde é muito precário”; “o quanto é difícil para o paciente usufruir de um direito seu que é essencial”; “que um médico deve ser paciente, calmo, atencioso, dedicado e zelar pelo paciente que o procura”; “a meu ver, esse pessoal necessita, cada vez mais, de melhor tratamento e com mais carinho”; “como o paciente sofre e pejeja para ser atendido num hospital público”.

Notou-se, também, que os “alunos observadores” entenderam os conceitos apresentados nas aulas expositivas, sendo alguns, inclusive, capazes de montar esquemas de organização para Sistemas Locais de Saúde.

Finalmente, quando se pedia sua opinião sobre o valor do médico de família, a maioria dos alunos considerou-o uma figura exemplar, porém em extinção. Para grande parte dos alunos seria impossível uma única pessoa possuir todo o cabedal de conhecimentos necessários para a prática atual da arte médica, subdividida em diversas especialidades, nas quais eles haviam visto os pacientes serem atendidos no ambulatório.

Comentários

O presente trabalho realizado com os alunos de graduação de medicina convalida as proposições contidas na Declaração de Edimburgo*.

“ A investigação científica continua proporcionando valiosas recompensas. O homem, entretanto, além da ciência, possui necessidade de saúde próprias da espécie, quer coletivas, quer individuais, que os educadores de saúde devem reafirmar, (...) a educação médica deve se preocupar com a qualidade dos cuidados à saúde, com a prestação humanitária de serviços de saúde e com o seu custo global para a sociedade”.

Preenche, ainda, as recomendações do Projeto EMA-FEPAFEM, que sublinha:

“ as faculdades devem proporcionar uma formação integral que assegure, também, uma sólida base ética e uma atitude humanitária e de serviço à comunidade. O estu-

*“Declaration of Edinburgh” - The World Conference on Medical Education, 1988. Document CD 33/29.

dante de medicina deve desenvolver atitudes e valores que envolvam o ato médico na dimensão humana e ética que devem caracterizá-lo (...). Como estratégias integradoras se destacarão a importância das atividades docente-assistenciais e a participação maciça e precoce na prática médica". (Chaves e Rosa⁶, 1990).

A presente pesquisa cumpriu, também, as recomendações dos que proclamam a necessidade de:

"a prática profissional e a estrutura da atenção médica devem ser consideradas como objetivos de transformação por parte das instituições formadoras de médicos, dentro de qualquer estratégia integral de modificação das condições nas quais prestam serviços de saúde à população"(OPAS¹², 1985).

Pelo conteúdo dos relatos dos alunos tem se a expectativa de estar contribuindo para a formação dos "médicos para o século XXI" quando:

... " todos, independente da sua especialidade, requerem um fundamento comum de conhecimentos, habilidades, valores e atitudes; devem todos os médicos procurar ser compassivos e dedicados aos pacientes; todos empenhados no trabalho, no aprimoramento, na racionalidade, na ciência e no

serviço da sociedade; todos devem guardar sensibilidade ética e integridade moral, eqüanimidade e humildade. Nem todos lograrão alcançar, na plenitude, esses atributos, porém todos deverão sentir-se obrigados a os procurar e manter" (AAMC¹, 1984).

O retorno que esta atividade poderá dar aos hospitais segue a orientação de Berwick³, (1989) no seu propósito de que os trabalhos realizados nos serviços de saúde devem gerar instrumentos que sejam úteis aos gerentes destas mesmas unidades na sua atividade cotidiana. Segue o mesmo autor, ainda, na idéia de que é indispensável a melhoria contínua (o *Kaizen* dos japoneses) nas unidades de saúde (Berwick³, 1989). Assim, os dados coletados foram oferecidos como subsídio para reformulações nas estruturas de hospitais universitários, como material didático e de pesquisa para residentes e mestrands em saúde coletiva, na área de recursos humanos e de organização hospitalar e na reforma do currículo médico.

Baseados na experiência de acompanhamento de uma turma de alunos, durante cinco anos, após estimulá-los a redescobrir o caminho científico utilizado para construir o conhecimento que estaria em foco numa determinada aula no curso básico (Falcão⁸, 1985), está-se fazendo o seguimento deste grupamento de alunos para medir o grau de modificação no comportamento em relação às disciplinas da clínica, no internato e, se possível, até na residência médica.

Referências Bibliográficas

1. ASSOCIATION OF AMERICA MEDICAL COLLEGES. Physicians for the Twenty First Century. Washington, 1984. (The GPEP Report).
2. BARBOSA, F. S. Explicando a integração docente assistencial no contexto de mudanças da escola médica. *Rev. Bras. Educ. Med.*, **9**: 105-11, 1985.
3. BERWICK, D. M. Continuous improvement as an ideal in health care. *N. Engl. J. Med.*, **320** (1) : 53-6, 1989.
4. BERWICK, M. D. Health services research and quality of care as signmens for the 1990s. *Med. Care*, **27**: 763-71, 1989.
5. CAPRA, F. O modelo biomédico. In: Capra, F. *O ponto de mutação*, São Paulo, Cultrix, 1982. p. 116-55.
6. CHAVES, M. & ROSA, A. R. , Org. *Educação médica nas Américas: o desafio dos anos 90*. São Paulo, Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas Médicas Cortez, 1990.
7. DeREMME, R. A. To be educated or to be trained. *Mayo Clin. Proc.*, **64**: 1023-4, 1989.
8. FALCÃO, E. B. M. Uma experiência de ensino centrada na formação do pensamento científico do estudante. *Rev. Bras. Educ. Med.*, **9**: 147-55, 1985.
9. GONÇALVES, E. L. Processo educacional: a interação professor-aluno. *Ponto e Vírgula: Bol. FMUSP*. (4) 1986.
10. JANSEN, M. J.; BEVILACQUA, F.; BENSOUSSAN, E. Evasão dos conhecimentos nos primeiros anos do curso médico. *Rev. Bras. Educ. Med.* **9**: 170-1, 1985.
11. LEMME, A. C. et al. A satisfação do usuário em hospital universitário. *Rev. Saúde Pública*, **25**: 41-6, 1991.
12. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Marco de Referência para el desarrollo de la educación medica en America Latina*. Washington, D. C., 1985 (OPS - Publicacion Cientifica, 483).
13. ROCHA, Y. C. J. A integração docente assistencial na educação médica no Brasil. *Rev. Bras. Educ. Med.*, **9**: 198-206, 1985.

Abstract

A research project involving eighty first-year medical students who observed the experiences of first-time patients admitted to a university hospital in South-eastern Brazil was undertaken during the first semester of 1989. The students conducted 260 interviews and followed the patients through from the time of admittance, observing the patients' expectations, values and attitudes towards minor complaints. The objective of the experience was to open a forum for discussion about excessive specialization and inadequacies in the curriculum in preparing the future medical professional to meet the needs of the population. Both the criticisms in the students' testimonies and the data collected at the interviews, as well as the concrete facts and practical proposals regarding the modification of the curriculum, concur with the Edinburgh Declaration of 1988. They point to the need for the adoption of a mode by which teaching and assistance activities, might be integrated from the very beginning of the physician's training.

Teaching care integration. Education, medical, trends.