

A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação¹

On settings and actors: what play are we talking about? A different light on the practice setting of doctors-to-be

Danilo Blank²

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica;
- Educação Continuada;
- Prática Profissional;
- Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde;
- Competência Clínica.

KEY-WORDS

- Education Medical;
- Education Continued;
- Professional Practice;
- Health Knowledge, Attitudes, Practice;
- Clinical Competence.

Recebido em: 02/02/2005

Aprovado em: 16/08/2005

RESUMO

O médico moderno precisa aguçar seus atributos humanos, adaptar-se a contextos variados e manter a educação permanente. A formação médica não costuma ocorrer no contexto da prática clínica real, mas no hospital, com ênfase na doença. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina preconizam a articulação entre a universidade e o sistema de saúde e a habilitação à educação permanente. Logo, os cenários da prática devem ser os ambulatoriais próprios dos serviços de saúde, com um aprendizado voltado para as necessidades de saúde da comunidade. Existe hoje um fortalecimento da Medicina Clínica Acadêmica, que combina cuidados de saúde com pesquisa, ensino e administração. O aluno deve assimilar a visão moderna da relação médico-paciente, respeitando as decisões compartilhadas, tarefa que exige trabalhar habilidades em comunicação. As instituições de ensino e de assistência à saúde são coadjuvantes neste processo, bem como os meios de comunicação. A inserção no cenário da prática médica tem que ser integrada a todas as disciplinas do curso, permeando o currículo e permitindo que o estudante volte sua atenção para as necessidades de saúde da comunidade. Estabelecer um currículo inovador exige que os educadores compreendam o esgotamento do modelo tradicional de ensino, fundamentado na doença e na transmissão de conhecimentos, que afasta o aluno da visão prática da Medicina. O enfoque pedagógico moderno enfatiza aspectos formativos. Seus principais domínios são: comportamento do paciente, atitude e papel do médico, interações médico-paciente e fatores socioculturais relativos aos cuidados com a saúde.

ABSTRACT

The modern physician must intensify his human attributes, adapt to varied contexts, and keep continued education. The formation of doctors usually does not take place in the context of real clinical practice but in the hospital, with emphasis on disease. The National Curricular Guidelines for Medical Graduation Courses call for an articulation between the university and the health system and foster the development of personal skills in continued education. Thus, the settings for the medical practice should be the outpatient units of the health services, and the learning process should be focused on the health needs of the community. Nowadays there is a strengthening of clinical academic medicine, which combines health care with research, education, and administration. The student must assimilate the modern view of a doctor-patient relationship.

¹ Ensaio de conclusão da disciplina Educação e Saúde I da linha de pesquisa Educação & Saúde do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Professor adjunto do Departamento de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

onship with respect to shared decision-making, a task that requires developing communication skills. Teaching institutions and health care services as well as the media play a key role in this process. The introduction of the student to the scenery of clinical practice must be integral part of all disciplines of the curriculum, allowing the student to turn his attention to the health needs of the community. For establishing an innovative medical curriculum, educators need to understand the weariness of the traditional education model based on disease and transmission of knowledge, which turns the student away from the practical view of medicine. The modern pedagogical approach emphasizes formative aspects. Its chief domains are: patient behavior, physician's attitude and role, doctor-patient interactions and sociocultural factors related to health care.

INTRODUÇÃO

“Precisamos ampliar nossas perspectivas para representar as peças de nosso tempo e de muitos outros povos. (...) Para chegar ao apogeu da fama, um ator precisa de algo mais do que apenas seu talento artístico: ele deve ser também um ser humano ideal, (...) capaz de avaliar as questões fundamentais de sua época e de entender o valor representado pela cultura na vida de seu povo, (...) bem como de refletir as inquietações do espírito de seus contemporâneos. (...) Não importa se o cenário é convencional, estilizado ou realista, (...), pois receberemos com agrado qualquer cenário, desde que o mesmo seja apropriado. A vida, em si, é tão complexa e diversificada, que não há variações suficientes de inventividade cênica para fazer frente a todos os seus aspectos. (...) Um ator cresce ao longo do desenvolvimento do seu trabalho. (...) Depois de alguns anos de estudo, aprende a seguir por si mesmo o curso de ação ideal (...) e, tendo aprendido a realizar adequadamente o seu trabalho, torna-se senhor de sua arte¹.”

Estas palavras foram condensadas de escritos diversos de Konstantin Stanislavski, grande mestre e fundador do Teatro de Arte de Moscou. Vieram-me à mente porque a evocação metafórica das artes cênicas tem sido recorrente nos textos de educação médica, em que se fala muito de atores e cenários. Pensando bem, os ensinamentos de Stanislavski caem como uma luva para o estudante de Medicina que, ao ingressar na prática educativa do ciclo profissionalizante – já de guarda-pó branco, estetoscópio no pescoço e *palmtop* no bolso –, faz o ensaio geral para a prática clínica. Sim, porque nos dias de hoje é consenso que para se tornar um bom médico ele terá

que aguçar os seus atributos humanos; mais do que apenas conhecimento técnico, ele terá que ser capaz de captar as inquietações de cada paciente no seu entorno e no seu tempo; ele terá que ser capaz de adaptar-se a contextos tão variados, que na faculdade é quase impossível prever; mas, ao tornar-se senhor da sua arte, ele saberá manter a educação permanente que lhe permitirá crescer continuamente, enquanto trabalhar.

Contudo, é preciso ressaltar que, enquanto no teatro o ensaio geral é feito no cenário da peça em sua montagem definitiva, na grande maioria das escolas médicas brasileiras, em que o ensaio geral dos médicos em formação deveria evidentemente ocorrer num cenário que representasse o contexto da prática clínica de verdade, isto dificilmente acontece. Ao contrário, o doutorando costuma fazer seu treinamento final num rodízio por especialidades, dentro de um hospital, com grande ênfase no atendimento de doenças; ou seja, num cenário típico de atenção secundária, completamente diferente daquele em que ele será jogado, logo depois da formatura.

No seu primeiro plantão da vida real – e dali por diante por muito tempo –, sua atividade primordial será cuidar de pessoas e da sua saúde, num cenário típico de atenção primária.

Para começar a discussão da prática educativa pelo quesito cenário, antes de mais nada é essencial saber de que peça, afinal, estamos falando. De início, uma idéia básica, muitas vezes esquecida: o estudante de Medicina está se preparando para ser médico, que é o que ele vai ser ao longo de cinquenta anos ou mais; um período dez vezes mais longo do que o curso de graduação. Quaisquer outras atividades a que ele opte por se dedicar no futuro serão correlatas ou acessórias, quando não vieses de percurso. Por outro lado, há que considerar que um dos princípios das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina é a articulação entre a universidade e o sistema de saúde, com ênfase na formação de profissionais competentes em todos os níveis de prevenção das doenças, capazes de atuar com qualidade e resolutividade, no Sistema Único de Saúde². Além disso, as Diretrizes ressaltam a habilitação dos futuros médicos à educação permanente, que estimule a mobilidade acadêmico-profissional no âmbito dos serviços de saúde. Assim, fica evidente que o cenário da prática educativa do curso médico não pode ser outro que não aquele da grande peça do exercício da clínica, a qual o esculápio – o protagonista – encenará do momento da formatura à aposentadoria.

O nome da peça, portanto, é “A prática clínica”; o enredo, a vida real do médico (fora dos muros da universidade), que ocorrerá, com maior chance, predominantemente fora do âmbito hospitalar. Logo, é lógico e fundamental que o ensaio

geral, com figurino completo, ocorra no cenário verdadeiro: muito mais nos ambulatórios próprios dos serviços de saúde; bem menos no hospital, que na prática médica cotidiana, é palco de cenas acidentais³.

Esta visão do contexto do ciclo profissionalizante do curso médico se faz necessária para deixar bem claro que, se o que queremos é formar médicos (médicos clinicam na comunidade) e se as diretrizes vigentes requerem a sua capacitação para a educação continuada e integradora (na comunidade em que clinicam), imaginar o cenário da prática educativa afastado da prática clínica seria um erro fatal de concepção. Primeiro, porque caracterizaria a ignorância do mercado de trabalho da vida real, para o qual os médicos deveriam estar aptos. Sobretudo, porque menosprezaria um dos compromissos fundamentais da escola médica com a mudança das condições dos serviços de saúde oferecidos à comunidade⁴. Além disso, somente a prática inserida no sistema de saúde é capaz de possibilitar ao aluno um aprendizado em níveis crescentes de complexidade, voltado para as necessidades de saúde da comunidade⁵. Por fim, não podemos deixar de dizer que mesmo esta noção de ciclo profissionalizante já é anacrônica, pois as estratégias educativas modernas recomendam o treinamento em serviço, inserindo o aluno o mais precocemente possível no ambiente profissional real⁶.

Como construir a partir desta idéia básica um modelo de ensino operacional e efetivo? Alguns mitos e preconceitos têm que ser desde logo desmanchados. O primeiro deles é que a Medicina Clínica não é científica. Até mesmo textos com ares inovadores freqüentemente caem no lugar-comum de afirmar que as atividades educativas extra-hospitalares (práticas) se opõem às especializadas (científicas)⁶. Trata-se de uma falácia derivada da hegemonia do chamado paradigma flexneriano de educação médica, que, supondo que a Medicina pudesse ser estudada como uma ciência de laboratório, forjou e promoveu currículos apoiados na pesquisa científica da doença, no ambiente hospitalar⁷. Pela lógica deste modelo, toda prática clínica é tachada de empírica – logo, não científica.

Ao contrário, entretanto, existe hoje um movimento generalizado e crescente de fortalecimento da chamada Medicina Clínica Acadêmica, que envolve o trabalho de médicos com responsabilidades com a universidade e com os serviços assistenciais, combinando cuidados de saúde com pesquisa, ensino e administração^{8,9,10}. Ainda que tal movimento tenha motivações socioeconômicas e de mercado, deve-se em grande parte à consagração da Medicina Baseada em Evidências, que integra provas oriundas de pesquisas clínicas de alta qualidade às circunstâncias e preferências dos pacientes para auxiliá-los a chegar às melhores decisões quanto à sua saúde¹¹.

Em contrapartida, assim como a Medicina Clínica Acadêmica fomenta um padrão de pesquisa científica sempre mais elevado, já existe uma quantidade considerável de investigações de grande rigor científico envolvendo a própria educação médica no contexto extra-hospitalar¹².

O segundo mito inapropriado é que no cenário da prática educativa o estudante de Medicina é o protagonista, sendo coadjuvantes todos os demais atores: professores, médicos contratados dos serviços universitários, médicos do sistema de saúde, auxiliares. O médico em formação, sim, detém um dos papéis centrais, mas hoje em dia firma-se cada vez mais o conceito de que o paciente tem um papel de importância pelo menos igual.

Se queremos que o médico-aluno se integre no cenário da prática clínica real, é essencial que ele conheça e assimile desde cedo a visão moderna da relação médico-paciente, que respeita as chamadas decisões compartilhadas, um processo em que ambos dividem informações, tomam iniciativas e chegam a acordos sobre cursos de ação¹³. E há evidências de que dividir a luz desse refletor não é tarefa fácil, pois exige um grande comprometimento do aluno em trabalhar suas habilidades em comunicação¹⁴.

Mesmo pacientes com boas habilidades de leitura e capacidade para lidar com números podem ficar desorientados em conversas médicas. O médico em formação precisa aprender a evitar os jargões inacessíveis aos pacientes, bem como o emprego de descrições qualitativas ambíguas, tais como 'algum' ou 'provável', que os pacientes podem interpretar de modo diverso do pretendido¹³. Contudo, cada vez mais o estudante pode se sentir intimidado pelo já considerável número de pacientes que, armados de uma grande carga de informações obtidas nos ilimitados – mesmo que não sistemáticos e pouco confiáveis – portais de saúde da Internet, suspeitam de que a atualização do seu médico seja mais lenta do que um *modem*⁹.

Um comentário adicional se faz necessário quanto aos demais atores. Além do papel de apoio fundamental dos professores e demais profissionais dos serviços, num outro nível (digamos, de produção executiva), também atuam como coadjuvantes as próprias instituições de ensino e de saúde, assim como os respectivos órgãos governamentais de controle. Do mesmo modo como não é mais possível dissociar o hospital-escola da escola médica, estes dois coadjuvantes têm que estabelecer uma interação produtiva num cenário mais amplo, que é o distrito docente assistencial. Pela complexidade desta relação, talvez a única solução possível para viabilizá-la seja a cogestão⁴. Também não pode ser menosprezado o papel dos meios de comunicação, pois num sistema que realça a promoção da saúde é essencial contar com a colaboração de grandes formadores de opinião: jornais e televisão¹⁵.

O terceiro mito a ser desmanchado é que toda experiência educacional extramuros tem que ser oferecida como uma disciplina à parte do núcleo curricular. O consenso atual é que as atividades de inserção no cenário real da prática médica tenham forte componente de capacitação para lidar com pessoas e sejam integradas efetivamente a todas as disciplinas, permeando o currículo ao longo de todos os seus ciclos^{6,14}. Só assim se propicia que o aluno sedimente gradativamente competências e habilidades essenciais para a atuação clínica, tais como postura médica, comunicação interpessoal, valorização do contexto dos pacientes, julgamentos éticos e trabalho em equipe. Além disto, a inserção precoce do estudante na rede do sistema de saúde permite que ele aprenda a manter sua atenção voltada para as necessidades de saúde reais da comunidade⁵.

Ao lado da desconstrução desses vários mitos para estabelecer um currículo inovador que possibilite a aprendizagem nos cenários descritos, é preciso vencer a grande resistência dos educadores e – talvez principalmente – dos médicos-docentes em compreender o esgotamento do modelo tradicional de ensino, embasado no referido paradigma flexneriano, fundamentado no estudo da doença e na transmissão dos conhecimentos gerados^{16,17,18}. Este modelo, que dá prioridade a aspectos predominantemente informativos da educação, por meio de aulas expositivas e avaliações teóricas, de forma fragmentada e pouco produtora, afasta o aluno de uma visão prática da Medicina. O enfoque pedagógico moderno enfatiza os aspectos formativos do médico, principalmente suas competências e habilidades, inclusive para manter-se atualizado com um embasamento científico^{19,20,21}. Em outras palavras, a educação médica precisa dedicar-se menos aos domínios do conhecimento puramente teórico (no sentido de decorar informações) e mais aos do desenvolvimento psicomotor (no sentido de habilitar-se a fazer), pois o que é essencial para a prática clínica é saber quais são os objetos do conhecimento realmente relevantes (daí, é fácil acessá-los), ao invés de sabê-los^{4,15,16}.

Trata-se do novo paradigma da integralidade, que capacita o médico a lidar com os problemas do processo saúde-doença em todo o seu contexto, equilibrando o nível técnico com a atenção às questões sociais e comportamentais. Naturalmente, este novo modelo se apóia em atividades no cenário da prática clínica de verdade. Há evidências de que os currículos da maior parte das escolas médicas brasileiras ainda se prendem ao primeiro modelo, evitando uma tendência mais inovadora¹⁸.

É provável que as barreiras à migração para o segundo modelo sejam parcialmente vencidas com o estudo de novos documentos técnicos abalizados, como o denominado “Improving medical education: enhancing the behavioral and social science content of medical school curricula”¹⁴, que sugere a inclusão, a

cada disciplina do curso médico, do início ao fim de tópicos das ciências sociais e do comportamento.

Embora relatórios como este sejam dirigidos às escolas norte-americanas, seus conceitos ajustam-se muito mais aos países com maior desigualdade social. Nesse sentido, os principais domínios relacionados aos aspectos formativos do estudante de Medicina (e que dependem da inserção no cenário da prática clínica) são o comportamento do paciente, a atitude e o papel do médico, as interações médico-paciente e os fatores socioculturais relativos aos cuidados com a saúde.

Por fim, não podemos esquecer que a vida real do médico pressupõe atualização técnica permanente, sendo a habilitação para a qual, como já foi dito, uma exigência das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. Logo, o ensaio geral no verdadeiro cenário da prática não pode prescindir do treinamento adequado para a busca eficiente dos recursos informativos mais apropriados para uma Medicina de qualidade²¹.

Acontece que os currículos atuais continuam a valorizar a memória acima do pensamento, promovendo o estudo por medo, em vez de razão²². A memorização de uma enorme quantidade de informações ainda é estimulada em detrimento da capacitação para avaliá-las criticamente e do desenvolvimento do senso de responsabilidade e excelência na abordagem de pacientes reais²³. Nestes tempos de Internet, é essencial que o estudante se acostume desde o início do curso a integrar a resolução de questões práticas com a coleta de informações pertinentes, mas é evidente que ele precisa ter acesso às ferramentas necessárias²⁴.

Este breve ensaio tenta jogar uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação, enfatizando alguns temas correntes que os textos de educação médica nem sempre colocam neste contexto. Busca apontar alguns elementos aos quais a devida atenção sem dúvida ajudaria a desatar este nó crítico do modelo vigente de educação médica: o erro de concepção do cenário.

Se estamos falando de uma peça sobre o dia-a-dia de médicos e pacientes, o cenário principal tem que representar o ambiente de atenção primária. E, como o tempo de duração da peça – evidentemente – é a vida inteira do médico, vale a pena parafrasear Stanislavski: a vida é tão complexa e diversificada, que não há variações suficientes de cenário da prática educativa médica para fazer frente a todos os seus aspectos. Um médico cresce ao longo do desenvolvimento do seu trabalho. Se bem orientado no início da trajetória, depois de alguns anos de estudo, aprende a seguir por si mesmo o curso de ação ideal e, tendo aprendido a realizar adequadamente o seu trabalho, torna-se senhor das várias artes da clínica, bem como da arte de aprender continuamente.

REFERÊNCIAS

1. Stanislavski K. Manual do ator. São Paulo: Martins Fontes; 1988. p. 18-19,35.
2. Brasil, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES N° 4, de 7/11/2001. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CES04.pdf> Acessado em: 23/01/2005.
3. Hall R. Teaching in outpatients. Disponível em: <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/articles/teachinginoutpatients.asp>. Acessado em: 23/01/2005.
4. Silva CAJ. Interação escola médica - serviços. Boletim da ABEM. set-out 2002. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/caderno_abem/caderno_principal.htm. Acessado em: 23/01/2005.
5. Lampert JB. Na transição paradigmática da educação médica: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado. Boletim da ABEM. 2003;31(4/5). Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/caderno_abem/caderno_principal.htm. Acessado em: 23/01/2005.
6. Bulcão LG. O ensino médico e os novos cenários de ensino-aprendizagem. Rev Bras Educ Med. 2004;28:61-72.
7. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bull 4. New York: The Carnegie Foundation; 1910. Disponível em: http://www.carnegiefoundation.org/eLibrary/docs/flexner_report.pdf. Acessado em: 23/01/2005.
8. Royal College of Physicians. Clinical academic medicine: The way forward. A report from the Forum on Academic Medicine. Salisbury: Royal College of Physicians of London; 2004. Disponível em: <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/clinacad/>. Acessado em: 23/01/2005.
9. Academic medicine: resuscitation in progress [editorial]. CMAJ. 2004; 170:309.
10. International Working Party to Promote and Revitalize Academic Medicine. Academic medicine: the evidence base. BMJ. 2004;329:789-92.
11. Guyatt G, Cook D, Haynes B. Evidence based medicine has come a long way. BMJ. 2004;329:990-991.
12. Carney PA, Nierenberg DW, Pipas CF, Brooks WB, Stukel TA, Keller AM. Educational epidemiology: applying population-based design and analytic approaches to study medical education. JAMA. 2004;292:1044-50.
13. Sheridan SL, Harris RP, Woolf SH. Shared decision making about screening and chemoprevention. Am J Prev Med. 2004; 26:56-66.
14. Cuff PA, Vanselow NA (editors) and the Committee on Behavioral and Social Sciences in Medical School Curricula. Improving medical education: Enhancing the behavioral and social science content of medical school curricula. Washington: National Academy of Sciences; 2004. Disponível em: <http://books.nap.edu/catalog/10956.html>. Acessado em: 23/01/2005.
15. Committee on Health Literacy, Kindig David (chair). Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press; 2004. Disponível em: <http://www.iom.edu/report.asp?id=19723>. Acessado em: 23/01/2005.
16. Ray A. Osler vindicated: the ghost of Flexner laid to rest. CMAJ. 2001;164(13):1860-1.
17. Miettinen OS. The modern scientific physician: Educational preparation. CMAJ. 2001;165(11):1501-3.
18. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, ABEM; 2002.
19. Marcondes E. Diretrizes para o ensino de Pediatria. J Pediatr (Rio J). 1993;69(6):349-52.
20. Weed LL. Shedding our illusions: a better way of medicine. Fertil Steril. 2004;81 Suppl 2:45-52.
21. Neame R, Murphy B, Stitt F, Rake M. Virtual medical school life in 2025: a students diary. BMJ. 1999;319:1296.
22. Sackett DL. Campaign to revitalise academic medicine: Don't believe us. BMJ. 2004;329:294.
23. Weed LL. New connections between medical knowledge and patient care. BMJ. 1997;315:231-5.
24. Shaughnessy AF, Slawson DC. Are we providing doctors with the training and tools for lifelong learning? BMJ. 1999;319:1280-2.

Endereço para correspondência

Rua Gen. Jacinto Osório 150/201
90040-290 – Porto Alegre – RS
Telefone: 51-3286-8092 (residencial)
e-mail: blank@ufrgs.br