

Mitos do Ensino Médico

Os psicanalistas dão muita importância às idéias míticas pela capacidade que têm de impregnar nosso julgamento e emoções com noções preconcebidas que influenciam decisivamente nossa visão do mundo e nossas decisões. Ao longo da minha vivência na educação médica e, mais recentemente, em algumas etapas de discussão da reforma curricular da FMRP, entrei em contato com várias destas idéias aplicadas ao ensino da Medicina. Como veremos abaixo, elas emperram significativamente a modernização e o desenvolvimento do ensino médico.

1. O mito da observação clínica completa

Na educação médica tradicional, a qualidade da consulta médica, mormente da inicial, confunde-se com o preenchimento de todas as etapas (e das anotações correspondentes) da história clínica e do exame físico, incluindo a revisão dos sintomas e dos sinais de todos os sistemas orgânicos. Assim, qualquer curso de Semiologia Médica tem por objetivo terminal a obtenção desta “observação clínica completa”, a qual, acoplada à sua análise adequada, constitui a meta do próprio curso médico. Entretanto, esta tarefa hercúlea demanda tanto tempo e esforço para ser realizada, na forma preconizada nos manuais, que ela é raramente realizada ou avaliada, seja no final do curso de Semiologia, seja no término do curso médico.

Os textos mais modernos de Semiologia já desmistificam a “história clínica completa”. Na pág. 117 da última edição traduzida (1995) da “Propedêutica Médica”, de Barbara Bates, lê-se: “*O exame físico deve ser completo? Não podemos fornecer respostas dogmáticas a esta pergunta relativamente simples... Para os pacientes que apresentam sintomas relacionados com um sistema ou região corporal específicos, parece mais apropriado fazer um exame limitado. Aqui, como na anamnese, o médico escolhe os métodos relevantes para avaliar o problema com a maior precisão e eficiência possíveis... Dentre*

todos os pacientes que se apresentam, por exemplo, com dor de garganta, o médico precisa decidir qual deles pode estar com mononucleose infecciosa, e partir para uma palpação cuidadosa do fígado e do baço, e quem, por outro lado, tem resfriado comum e não precisa deste exame”.

O exame físico completo, realizado em todos os pacientes, independentemente de suas queixas, não ajudaria a detectar problemas graves e insuspeitos? Segundo o mesmo texto, “*A utilidade de um “exame físico periódico” completo para detectar e prevenir doenças em indivíduos assintomáticos tem sido questionada nos últimos anos. As técnicas que as pesquisas randomizadas demonstraram ser claramente capazes de reduzir a morbidade e a mortalidade são em número bem reduzido: a avaliação da pressão arterial e a palpação das mamas femininas... e (possivelmente) a ausculta cardíaca e o exame pélvico com o esfregaço de Papa-nicolau”.* Este argumento aplica-se igualmente à maioria dos pacientes que procura atendimento médico, com problemas simples e restritos.

Não há dúvida de que o estudante deverá ser treinado a realizar todos os passos da observação clínica, através da repetição exaustiva da mesma, ao longo de todo seu aprendizado, e não só do curso introdutório de Semiologia. Entretanto, ele deverá ser esclarecido e treinado, **desde o início**, para o fato de que nenhuma das observações que realizar será realmente “completa”, pois a extensão e profundidade da abordagem de cada sistema dependerá de muitas variáveis, principalmente da natureza do problema médico e da própria experiência clínica do examinador.

O departamento de Clínica Médica da FMRP adotou, com sucesso, um processo de avaliação terminal do seu Internato I que consistia em uma observação clínica limitada, com vinte e cinco minutos de duração, em que o estudante deveria identificar e explorar o problema principal do paciente e explicitar sua abordagem diagnóstica e terapêutica. Quando se tentou usar

o mesmo método para avaliar o curso de Semiologia, com as devidas adaptações, os docentes objetaram, pois desviaria o aluno do objetivo terminal de realizar a “observação clínica completa”. Era o mito fazendo seus estragos.

2. O mito da hierarquização do aprendizado

A pedagogia tradicional leva ao extremo a hierarquia das disciplinas na construção do currículo médico: o Básico antes do Clínico e este antes do Internato, a Morfologia antes da Fisiologia e esta antes da Farmacologia e da Patologia, a Semiologia antes da Clínica e da Terapêutica, a Técnica Cirúrgica antes da Clínica Cirúrgica e assim por diante. A lógica, aparentemente irrefutável, desta hierarquia reza que o estudante necessita de adquirir conhecimentos básicos, como requisito prévio, para aplicá-los na resolução dos problemas dos pacientes, e prediz que estes conhecimentos serão recuperados no momento da aplicação. Soubemos, há muito tempo, que este último conceito era falso e o mesmo foi provado mais recentemente, em relação ao primeiro.

O prof. Howard Barrows foi um dos pioneiros na introdução do Aprendizado Baseado em Problemas (*Problem Based Learning* ou *PBL*) no ensino médico. Como se sabe, este método revolucionário de ensino, que tem sido crescentemente adotado em todo o mundo, fundamenta todo o aprendizado, inclusive o básico, na discussão de casos clínicos, como forma de motivar e mobilizar o aluno para aprender através da resolução de problemas reais. O prof. Barrows contou, em um seminário, que sua maior motivação para desenvolver o PBL adveio do ínfimo aproveitamento do Curso Básico, observado nos estudantes do Curso Clínico. Longe de ser uma crítica aos colegas das disciplinas básicas, era a constatação da falha do método, pois, no caso específico, ele próprio ministrava, em Los Angeles, os cursos de Neuroanatomia e de Neurologia Clínica. Quem de nós não observa o mesmo fenômeno, quando ministra as disciplinas clínicas? Quantas vezes não o atribuímos, equivocadamente, a deficiências dos cursos básicos, dos seus professores ou dos próprios alunos?

No último mês de abril, a Comissão de Graduação da FMRP organizou um seminário, direcionado a docentes das disciplinas básicas,

sobre os fundamentos do PBL. Apesar do grande interesse despertado pelo novo método, houve uma grande reação dos docentes ao uso de “casos clínicos” como problema inicial para a aquisição dos conhecimentos básicos das ciências médicas. Em parte, porque muitos professores se julgavam pouco preparados, como cientistas básicos, para discutir problemas clínicos. Mas, também, porque julgavam os estudantes desprovidos do lastro suficiente para discuti-los, ou seja, necessitavam do conhecimento básico *antes* do clínico.

Ao longo de muitos anos de envolvimento no ensino da Semiologia Médica, temos observado, repetidamente, que os alunos aprendem melhor as técnicas de observação clínica e de exame físico, quando conectadas a noções de Fisiopatologia, Diagnóstico e, até, de Terapêutica. Entretanto, no curso tradicional de Semiologia, não há tempo nem estímulo para esta integração. Na década de 70, o Departamento de Clínica Médica experimentou o ensino integrado de Semiologia e Clínica, em algumas disciplinas seminais (Cardiopneumologia e Gastroenterologia), mas, por pressão política, teve que voltar ao esquema tradicional. O experimento foi derrotado pelo mito da hierarquia das disciplinas, segundo o qual a Semiologia tem que vir *antes* da Clínica, nunca *junto* da Clínica. Como consequência desta compartimentalização, o treino insuficiente de poucas semanas de Semiologia raramente é reforçado ou testado nos cursos posteriores, pois “o curso já foi dado antes e os alunos têm obrigação de saber Semiologia quando chegam nos cursos das especialidades.”

3. O mito da imaturidade do estudante

Este é um requisito importante para o anterior, pois supõe que o estudante nunca está capacitado para estudos mais aplicados, sempre está necessitando de um longo tempo de preparação básica. Entretanto, o sucesso do PBL, aplicado, desde o início do curso, em várias escolas médicas, desmente a necessidade desta hierarquização de conhecimentos e, principalmente, a tese da “imaturidade” do estudante do ciclo básico.

É interessante notar que os próprios estudantes endossam fortemente a tese de sua ima-

turidade, como se pode notar em dois artigos recentes do jornal do Centro Acadêmico da FMRP (“O Esteto”) que tratam da perspectiva de introdução do PBL na faculdade. No primeiro deles, de junho/1997, o editorial (“PBL? Na FMRP???”), depois de criticar “alguns pesquisadores-docentes”, que, “no afã de se verem livres do fardo do ensino talvez apoiassem o projeto”, assim se refere aos alunos: “Também veríamos, com certeza, atitudes equivocadas por parte dos alunos, especialmente no período de adaptação ao curso, não cumprindo adequadamente as atividades fundamentais para o próprio aprendizado. Os motivos que levariam a esta situação são vários e dizem respeito principalmente à falta de preparo com que normalmente chegamos à faculdade, jovens e imaturos demais, sem experiência qualquer de ensino que não sob a forma passiva.” Em artigo assinado no número de maio/98 (“PBL Again”), um aluno afirma: “O perfil de estudante que o PBL exige (independente, responsável, determinado, organizado, comunicativo) simplesmente não existe no Brasil. Aqui, os estudantes entram na Universidade diretamente do segundo grau, que é totalmente caracterizado pelo método tradicional de aprendizado, no qual o aluno encontra-se numa posição de passividade no processo de geração de conhecimento. Não há o **College**, como nos Estados Unidos, onde os alunos recém-egressos do colegial são preparados para entrarem em uma Universidade, estudando mais profundamente assuntos relacionados com a área que resolveu seguir. Por esse motivo, o estudante universitário brasileiro é extremamente jovem e inexperiente para enfrentar um método tão revolucionário como o PBL, que exige muito do acadêmico. Além disso, os alunos têm aspirações diversas em relação ao curso médico e, não tendo maturidade suficiente para gerenciar seu aprendizado, podem direcioná-lo para um lado que mais o agrada ou que não tenha relevância para o curso médico.”

Assim, na idéia de um grande número de alunos e professores, a imaturidade e falta de preparo dos alunos compromete não só a introdução de métodos revolucionários de ensino, como o PBL, mas, também, qualquer outra forma de aprendizado mais ativo, que exija algum grau de iniciativa e participação dos estudantes.

Quem já não experimentou grande frustração, quando tentou introduzir algum tipo de aprendizado mais independente e participativo, nos vários níveis de ensino clínico, desde a Semiologia até as especialidades mais complexas?

Qual é o milagre que se opera nos anos de Internato e, principalmente, da Residência Médica, em que o estudante assume a responsabilidade pela resolução de problemas clínicos e, por conseguinte, de seu próprio aprendizado, tornado-se, no final, um profissional responsável e competente? Se esta responsabilidade e o estímulo ao aprendizado independente forem dados mais precocemente, os estudantes não responderiam positivamente, eliminando aquela sensação de que os quatro anos dos ciclos básico e clínico constituem uma sucessão maçante e sofrida de aulas e provas só para “passar o tempo” e “amadurecer” o aluno? Novamente, a experiência do PBL, aplicado com sucesso na escola secundária ou a indivíduos sem instrução prévia, responde esta questão.

O mito da imaturidade do estudante é um dos mais destrutivos para a educação médica, pelas suas variadas implicações, como o aprender apenas com o professor, ou pior, com o especialista, apenas dentro do hospital universitário, apenas com aulas expositivas ou demonstrativas. Por outro lado, implica também que o interno está “maduro demais” para ser avaliado.

4. O mito da preservação das disciplinas

A integração do ensino, tanto em nível vertical (básico-clínico) como horizontal (básico-básico ou clínico-clínico) é uma das metas do currículo médico mais decantadas e mais difíceis de serem atingidas. Exatamente pela existência do mito da preservação das disciplinas individualizadas.

A última reforma curricular da FMRP, posta em prática em 1993, objetivou a integração do ensino pela criação de blocos didáticos, baseados em sistemas orgânicos, tanto no Ciclo Básico como no Clínico. Neste, vários blocos de integração se instalaram com sucesso, unindo disciplinas clínicas e cirúrgicas (Cardiovascular, Renal, Aparelho Digestivo, Respiratório), mas muitos outros deixaram de se instalar, em grande parte pelo temor do desaparecimento das dis-

ciplinas. No Departamento de Clínica Médica, por exemplo, as seis disciplinas não integráveis à Cirurgia (Moléstias Infecciosas, Dermatologia, Imunologia Clínica, Nutrologia, Endocrinologia e Hematologia) recusaram-se a se integrar entre si, continuando a ministrar cursos isolados, às vezes concomitantes, o que causa inúmeros problemas operacionais e didáticos. A descaracterização da disciplina de Patologia Especial foi também um forte argumento para a recusa da Patologia de se integrar aos vários blocos didáticos, o que, por si só, compromete qualquer tentativa de integração no curso médico. No Ciclo Básico, os blocos didáticos são mantidos a duras penas, em meio a várias disciplinas isoladas. A Comissão de Graduação tem resistido repetidamente a pedidos de desmembramento de disciplinas dos respectivos blocos, mas esta desintegração já se iniciou.

O modelo de integração em blocos didáticos, escolhido pela FMRP, foi testado anteriormente em várias outras instituições, sem grande sucesso. Provavelmente, não se assegura integração de conhecimentos pela simples concomitância de aulas sobre assuntos relacionados, mesmo que sejam aos sistemas orgânicos. Este modelo pode representar, entretanto, um avanço em relação ao ensino tradicional, baseado em disciplinas estanques. A insistência de muitas disciplinas em se manterem independentes e não se integrarem em blocos de ensino sinaliza as enormes dificuldades que seriam encontradas se a instituição optasse por mudanças mais revolucionárias, como o PBL.

As disciplinas clínicas que optaram por se fundir entre si, como a Cardiologia, Nefrologia, Gastroenterologia Clínica e Cirúrgica, Urologia, Pneumologia Clínica, Cirurgia Torácica e a Vascular, não reduziram em nada sua individualidade como formadoras de especialistas, nem sua

força dentro da instituição. Por outro lado, as da Patologia Especial, que se negaram a se integrar, nem por isso adquiriram independência e passaram a servir melhor a comunidade hospitalar. Portanto, este mito, como muitos outros, existe apenas na mente de seus defensores.

CONVÊNIOS EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

A respeito deste assunto, abordado em nosso Editorial no nº 4/97, o Prof. Aristodemo Pinotti, ex-reitor da UNICAMP, Prof. Titular da FMUSP e candidato a vice-governador do Estado, escreveu artigo na Folha de São Paulo (*"A segunda porta"*, 27/8/98) afirmando: *"Entendo como antiético e perverso oferecer em um hospital público atendimento sem filas, com melhores acomodações e entrada diferenciada para aqueles que pagam, sem nenhuma preocupação com a demanda reprimida dos que não pagam"* Dois dias depois, o Superintendente do HC/SP respondeu, na secção de cartas do jornal, que *"O atendimento de convênios é uma forma de fixar os profissionais ao hospital, estendendo o seu tempo em favor do ensino, pesquisa e assistência. É uma forma de elevar a qualidade de serviços que, a partir da sua introdução na unidade de convênios, estão sendo disseminados para todos os pacientes"*. Este também é o objetivo dos futuros convênios em nossa instituição. Esperamos não ter que regredir aos tempos em que ficávamos engessados exclusivamente no orçamento estadual, em estado de lamentação permanente pelos baixos salários e pela perda de profissionais competentes, sem nenhuma saída vislumbrada.

Prof. Dr. Júlio C. Voltarelli
Editor