

MEDICINA: PROFISSÃO ERUDITA?

Luiz Carlos Severo

Pesquisador 1C do CNPq. Professor Adjunto, FAMED/UFRGS

A medicina não é uma ciência, porém uma profissão erudita, profundamente enraizada em várias ciências e encarregada de aplicá-la em benefício do homem.

WALSH McDERMONTT

Ao Editor

Na maioria das faculdades de medicina o *currículo* médico atual é muito semelhante ao defendido por Flexner, em 1910. Caracterizado por: separação das ciências básicas e clínicas, aulas teóricas para grande grupo, ênfase no papel do professor, departamentos independentes (1).

Uma primeira pergunta nos vem à cabeça de imediato. Nestes 83 anos não ocorreu nada de importante ou de revolucionário no mundo, exigindo que a medicina não ficasse estática e isolada, como uma ilha? É óbvio que sim. Descobertas científicas na astrofísica e biologia molecular estão transformando nossas idéias sobre biologia humana e nosso lugar na natureza. Esta nova compreensão está nos movendo para uma nova filosofia da saúde e da doença (1). Nossa existência como um todo mudou. A *relatividade* eliminou a ilusão newtoniana do espaço e tempo absoluto; a *teoria quântica* acabou com o sonho newtoniano das medidas controladas e o *caos* eliminou a fantasia laplaciana da predição determinística (2).

Os grandes críticos da medicina (3, 4, 5) denunciaram que a melhoria nos níveis de saúde da população ocidental não é fruto dos investimentos em assistência e investigações médicas, mas se deve a disponibilidade de alimentos, salubridade do meio ambiente e controle da natalidade. Contudo, a medicina personalizada, individual, tem em McDermott um defensor ilustre (6).

Mesmo nas doenças infecciosas, onde o médico tem a possibilidade de retirar a doença de seu paciente pela antibioticoterapia, o que trouxe grande prestígio para a medicina, houve um erro crítico. O desconhecimento de princípios básicos de infectologia fez com que, através do uso inadequado dos antibióticos, a drogamilagre acabasse com o próprio milagre (7).

A preocupação é tamanha com a qualidade do ensino médico que os artigos sobre reforma do *currículo* se multiplicam por todos os lados, tendo merecido um suplemento no *Annals of Internal Medicine* (8). Começam a ser discutidos projetos de cuidados com a saúde para o século 21 (9).

REAÇÃO DA SOCIEDADE

A *Folha de São Paulo* (12/1/92) divulgou pesquisa local do *Data Folha*, mostrando que a relação entre médicos e pacientes está abalada. A confiança no diagnóstico não existe: só 38% acreditam sempre no médico. O samaritanismo da profissão foi perdido: 61% dos entrevistados afirmaram que o mais importante no exercício da profissão é ganhar dinheiro. A crítica ao médico é mais impiedosa entre os jovens e a confiança persiste ainda entre os mais velhos.

MEDICINA EM CRISE

A medicina está numa encruzilhada. Paradoxalmente há um contraste entre o crescente investimento na área médica, com o decrescente retorno da saúde (10).

Nos Estados Unidos, a qualidade está em descenso (11). Está havendo uma fuga de cérebros. Houve mudança no tipo de estudantes. Cai o interesse como carreira (12). Nos últimos 20 anos, a relação de inscritos e vagas nas escolas médicas caiu de 2,3 para 1,6 (13).

A pesquisa biomédica está em declínio (14, 15). Os pesquisadores afastaram-se do leito do paciente. Estão encerrados nos laboratórios de instrumentos, protegidos por jargões. O progresso está nos punindo com o isolacionismo. O médico acadêmico, dedicado à pesquisa, ensino e atendimento ao paciente está tendo o mesmo destino do dinossauro (16).

São causas postuladas: *perda do prestígio do médico devido à fragmentação do atendimento médico e diminuição da independência do médico, consequência da burocratização da medicina e da prática da medicina defensiva* (13).

A ciência e a tecnologia sobrepujaram a cultura humanística. Nas escolas médicas, poucos são os professores com cultura humanística ampla. A tecnologia e os aparelhos passaram a ser a panaséia desta desumanização da medicina. Em alguns locais estão surgindo unidades de atendimento primário, medicina geral, médico de família, na tentativa de restaurar a arte da medicina. Por outro lado, o número de subespecialidades indubitavelmente aumentará. O computador que foi visto como uma ameaça para o médico na verdade pode ser a salvação. O armazenamento e o rápido processamento dos dados deixaram mais tempo para que o médico se dedique a relação médico-paciente e considere mais qualidade de vida e não somente aumento do período de sofrimento (17).

EDUCAÇÃO MÉDICA ATUAL

O médico está sendo treinado e não educado. Nos últimos tempos, destreza em procedimentos técnicos sobrepujou competência cognitiva. Solicita-se outra tomografia antes de uma reflexão sobre o problema. O custo desta medicina da imagem é considerável (18).

Como Einstein observou, nosso tempo caracteriza-se pela perfeição de instrumentos e pela falta de metas. Esquecemos que a ciência está no intelecto e não no instrumento. Foram as grandes idéias que geraram os instrumentos e não o contrário. O equívoco desta atitude pode ser depreendido da obsolescência de muito do conhecimento tecnológico, aprendido na graduação, ao término da residência (19).

Menos informação e mais reflexão tornará melhor nosso médico (20).

DESENVOLVIMENTO DE ATITUDES

A preocupação básica no ensino médico deve estar voltada para o desenvolvimento de atitudes e não na aquisição de habilidades técnicas (1). O professor deve ajudar os estudantes a se prepararem para exercer a medicina de maneira científica e que responda às necessidades do paciente (21). A educação médica é o início e não o fim. A postura científica humanitária deverá ser mantida por toda a vida; esta postura é fundamental em nosso meio onde a pesquisa é pouco desenvolvida (22).

O progresso trouxe a necessidade de nova disciplina, a bioética (23, 24). A boa prática médica deverá estar embasada em princípios mínimos de ética. Sugere-se a regra de Lister (25): colocar-se no lugar do paciente.

REFORMA CURRICULAR

Devemos decretar o fim da separação das ciências básicas das práticas clínicas. Esta visão equivocada, do início do século, da ciência como pré-requisito, ao invés de integrar a clínica médica,

deve ser abolida (1). O aluno deve ser incluído nos trabalhos de investigação (26). O professor auxiliará na leitura crítica dos trabalhos científicos. O aluno deverá praticar a técnica de resolução de problemas (27) e processo decisório (28), buscando o entendimento da caixa preta da medicina. Desta maneira, o aluno é preparado, ao intuir o paradigma (29) médico, para exercer a profissão de maneira crítica e atualizada, permanentemente (2).

A educação médica deve dar ampla oportunidade para os estudantes se dedicarem a assuntos de especial interesse (30). Sugere-se que 40% da carga do curso seja centrada no gosto e nas metas dos alunos. Cada estudante tomaria o leme e a responsabilidade de seu projeto de estudo, independentemente (1). O estudante deve ser estimulado a ler as revistas *New England Journal of Medicine* e *The Lancet* para que, precocemente, descubra os limites, problemas, incertezas e controvérsias da medicina.

Todo professor deveria ter em mente que não existe um *currículo*, mas três: o planejado pela faculdade, o ensinado pelo professor e o assimilado pelo aluno. Concentrar-se somente no que deve ser ensinado pode ter pouco impacto no que será aprendido (31).

QUEM PODERÁ FAZER MEDICINA?

Levando em consideração que vivemos numa democracia, qualquer um pode ser médico. Mas, se nos ativermos às qualidades necessárias para um bom médico, nem todos (32, 33). A título de exemplo vejamos, um pré-requisito primordial é o espírito de pesquisa. Para tal, deve ter prazer pelo conhecimento, ser disciplinado, persistente e crítico, o que o tornará um eterno estudante. Não deve ser o aluno que usufrui do conhecimento, nem o professor que o repassa, mas uma pessoa engajada e co-responsável, contribuindo pessoalmente para o progresso da medicina no meio em que vive.

A tarefa do médico é árdua. Como regra, trabalha mais duro que as outras pessoas, tem férias menores e se aposenta mais tarde. Está sempre disponível. Um telefonema pode mudar os planos da família. É comum negligenciar as amizades e as necessidades de crescimento individual.

Por outro lado, a profissão não é salubre (34, 35). Um de cada três estudantes de medicina sofre de estresse emocional, 50% poderiam ser enquadrados como "casos psiquiátricos", 28% são deprimidos. Ao compararmos taxas de alcoolismo, ruptura matrimonial, admissão em hospital psiquiátrico e suicídio, verificamos que a escola médica é uma fonte de sofrimento (35, 36, 37).

Por fim, ainda é um privilégio ser médico (38). A combinação arte e ciência proporciona satisfação pessoal e profissional que dura toda uma vida. Para os que têm maior curiosidade intelectual, a pesquisa médica virtualmente não tem limite. Contudo, a nova visão da vida deve ser compartilhada e traduzida em resultados práticos. Temos que encorajar os alunos a manter o entusiasmo e trabalhar duro. O futuro da medicina está em nossas mãos (13).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- TOSTESON, DC. New pathways in general medical education. *N Engl J Med* 1990; 322: 234-238.
- SEVERO, LC. O ritmo da vida é caótico. *Porto & vírgula* 1991; 2:12-13.
- McKEOWN, T. The role of medicine. Oxford, Brasil Blackwell, 1986.
- McKEOWN, T. The origins of human disease. Oxford, Basil Blackwell, 1988.
- ILLICH, I. A expropriação da saúde. *Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
- McDERMOTT, W. Medicina: el bien publico y el del individuo. *Foro Mund Salud* 1980; 1:144-155.
- LEVY, SB. The antibiotic paradox. How miracle drugs are destroying the miracle. New York, Plenum Press, 1992.
- INUI, TS & NOLAL, JP (Eds.). Internal medicine curriculum reform. *Ann Intern Med* 116 (12 Part 2), 1992.
- McNERNEY, WJ. The Belmont Vision for Health Care in America. Healthy people in a healthy world. Institute for Alternative Futures.
- QUEIROZ, MS. O paradigma mecanicista da medicina moderna: uma perspectiva antropológica. *Rev Saude Publ* 1986; 20:309-17.

- COOPER, JAD. Medical education: past, present and future. *N Engl J Med* 1977; 297: 941-943.
- PALUMBO, PJ. Crisis in Medical Education? *Mayo Clin Proc* 1989; 64: 1021.
- SADEGHI-NEJAD, AB & MARQUARDT, MM. Medical school applicants and the appeal of medicine as a career. *Am J Med* 1992; 93:35-337.
- WYNGAARDEN, JB. The clinical investigator as an endangered species. *N Engl J Med* 1979; 301:1254-1259.
- HEALY, B. Innovators for the 21st century: will we face a crisis in biomedical-research brainpower? *N Engl J Med* 1988; 319:1058-1064.
- SADEGHI-NEJAD, AB & MARQUARDT, MM. Academic physicians: today's dinosaurs? *Am J Med* 1991; 90:371-373.
- SCHNABEL, TG. Is medicine still an art? *N Engl J Med* 1983; 309:1258-1261.
- DeREMEE, RA. To be educated or to be trained? *Mayo Clin Proc* 1989; 64:1022-1023.
- ANBAR, M. Guidelines for medical practice and the future of medicine. *Arch Intern Med* 1992; 152:266-267.
- ROSE, GEOFFREY. Reflections on the changing times. *Br Med J* 1990; 301:683-687.
- ROBIN, ED. La enseñanza de la medicina en los Estados Unidos de América y los principios en que se funda. *Foro Mund Salud* 1981; 2:116-122.
- LUZ, PL. Formação médica e pesquisa: bases da realização profissional em medicina. *Rev Ass Med Bras* 1988; 34:93-100.
- PESSINI, L & BARCHIFONTAINE, CP. Problemas atuais de bioética. São Paulo, Edição Loyola, 1991.
- VARGAS, AC. Problemas de bioética. São Leopoldo, Gráfica Unisinos, 1990.
- BREWEN, TB. How much ethics is needed to make a good doctor? *Lancet* 1983; 341:161-163.
- BEESON, PB. Enseñanza de la medicina: quien mucho abarca poco aprieta. *Foro Mund Salud* 1983; 4:191-192.
- CUTLER, P. Problem solving in clinical medicine. From date to diagnosis. 2nd ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1985.
- SOX, HC; BLATT, MA; HIGGINS, MC & MARTON, KI. Medical decision making. Boston, Butterworths, 1988.
- KUHN, TS. The structure of scientific revolutions. 2nd ed. Chicago, University of Chicago Press, 1970.
- OLIVEIRA, JED. Aprendendo e ensinando medicina. Experiências nacionais e os novos caminhos da Harvard. *Rev Ass Med Brasil* 1991; 37:127-131.
- LOWRY, S. Curriculum design. *Br Med J* 1992; 305:1409-1411.
- SADE, RM; STROUD, MR; LEVINE, JH & FLEMING, GA. Criteria for selection of future physicians. *Ann Surg* 1985; 201:225-230.
- BENSON Jr., JA. Evolution of humanistic qualities in the internist. *Ann Intern Med* 1983; 99:720-724.
- MARTINS, LAN. Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. *Rev Bras Clin Terap* 1991; 20:355-364.
- CLEVER, LH. The health of the physician. IN: WINGAARDEN, JB; SMITH Jr., LH & BENNETT, JC (Eds.). *Cecil test book of medicine*. 19th ed. Philadelphia, W B Saunders Co., 1992, vol. 1, chap. 18, p. 62-64.
- HAWKINS, J. Surviving medical school. *Holistic Med* 1988; 3:121-128.
- SCHEIBER, SC. Stress in physicians. IN: PAYNE, R & FIRTH-COZENS, J (Eds.). *Stress in health professionals*. Chichester, John Wiley & Sons Ltd, 1987, chap. 2, p. 23-44.
- EISENBERG, C. It is still a privilege to be a doctor. *N Engl J Med* 1986; 314:1113-1114.

PANCREATITE AGUDA DURANTE CINEANGIOGRAFIA. UMA POSSÍVEL ASSOCIAÇÃO?

Ajacio Bandeira de Mello Brandão
Hermes C. Aquino
Rubem Rodrigues

Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul

Diversos fármacos têm sido considerados entre os fatores etiológicos das Pancreatites Agudas (PA). Em 1980, Mallory e Kern fizeram uma análise crítica de todos os casos descritos na literatura inglesa e concluíram que somente poucas drogas estão definitivamente associadas com PA, enquanto que com outras — prováveis ou propostas — o número de registros é muito pequeno para que se possa ter uma opinião mais consistente (1). Conseqüentemente, é de todo desejável o registro de casos de PA, provavelmente induzidos por drogas, para que se possa ter uma idéia mais clara do problema.