

SIMPÓSIO

Questionamentos éticos relativos à graduação e à Residência Médica

Délio José Kipper
Jussara Azambuja Loch

Os autores, partindo dos objetivos da formação médica, consideram que estes só podem ser atingidos com a participação de pacientes como sujeitos no processo de ensino-aprendizagem e mostram os riscos e benefícios neste contexto. Levantam o problema de como realizar esta tarefa sem desprezar a dignidade das pessoas doentes, contemplando seus direitos de participação nas decisões sobre sua saúde. Do ponto de vista ético, apresentam os princípios e valores que podem justificar o fato de ter graduandos de medicina e médicos residentes participando dos cuidados de pacientes. Após analisar a fundamentação ética para justificar este treinamento em serviço, apresentam algumas recomendações para a realidade brasileira e concluem chamando a atenção para as responsabilidades de todos os envolvidos na formação dos médicos.



Délio José Kipper

Coordenador do CEP-PUCRS; médico pediatra - mestre em Pediatria; presidente da Sociedade Riograndense de Bioética; vice-presidente da Sociedade Brasileira de Bioética e membro do Conselho Editorial da revista *Bioética*



Jussara Azambuja Loch

Médica pediatra; professora assistente do Departamento de Pediatria da PUCRS; mestre em Bioética pela Universidade do Chile

Unitermos: formação médica, ética, responsabilidade, pacientes-sujeitos

INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo dados da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), 71,41% do total dos médicos formados em 1996 entraram em algum programa de Residência Médica. A grande procura por especialização e maior treinamento em serviço decorre de fatores variados, como a perda da qualidade do ensino médico, o crescimento desordenado de escolas médicas e o aumento progressivo do conhecimento e das tecnologias aplicadas à medicina, que geram a impossibilidade de um treinamento adequado durante o curso de formação, além da exigência cada vez maior da sociedade quanto à capacitação profissional (1).

Este panorama demanda uma criteriosa análise contextual tanto dos currículos da graduação quanto dos programas de Residência Médica, levando em consideração não só a produção do conhecimento e o treinamento de habilidades como também a aplicabilidade deste saber à realidade social do país. E, fortemente vinculado a estas questões, está o problema de como realizar estas tarefas sem desprezar a dignidade das pessoas doentes, contemplando seus direitos de participação nas decisões sobre sua saúde. Do ponto de vista ético, isto significa buscar os princípios e valores que possam justificar o fato de se ter graduandos de medicina participando dos cuidados de pacientes e ter médicos em processo de especialização praticando atos médicos complexos.

O presente artigo tem por objetivo levantar algumas das questões envolvidas nesta problemática e apresentar sugestões para a realidade brasileira. Iniciaremos pela descrição dos objetivos da graduação e da residência médicas, sob a perspectiva das políticas públicas de educação, das necessidades dos indivíduos em formação, dos atributos necessários aos preceptores nesta função e dos riscos e benefícios de ser paciente num ambiente de treinamento médico. Posteriormente, analisaremos a fundamentação ética para justificar o treinamento em serviço de alunos e profissionais em formação, para finalmente sugerirmos algumas recomendações.

1. Objetivos da formação médica

1.1. A perspectiva do Poder Público

1.1.a. Objetivos dos cursos de graduação em Medicina

O Parecer nº 1.133/2001, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, de 3 de outubro de 2001, institui as diretrizes a serem aplicadas nacionalmente na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos de Medicina (2). Neste documento, o perfil do formando em medicina é caracterizado como um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Pautado por princípios éticos adequados, deve estar capacitado a atuar no processo saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com uma perspectiva de integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania como agente promotor da saúde integral do ser humano.

Para tal, o médico deve ter as seguintes competências gerais: atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento das instâncias de saúde e educação permanente. E entre outras, as seguintes competências específicas para: comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares; informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde,

SIMPÓSIO

prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas adequadas de comunicação; realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico; realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências, em todas as fases do ciclo biológico.

Com relação aos conteúdos do curso de formação, o parecer preconiza como essenciais: compreensão e domínio da propedêutica médica, capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente.

Quanto ao treinamento em serviço, destaca que a formação do médico deve incluir como etapa integrante da graduação um estágio curricular obrigatório, em regime de internato, cuja carga horária mínima deve atingir 35% da carga horária total do curso. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e a carga horária teórica não poderá ser superior a 20% do total por estágio.

Sobre a estrutura do curso de Medicina, o parecer determina que o aluno seja inserido precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional e que o curso deve propiciar a interação do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando-lhe

lidar com problemas reais e capacitando-o a assumir responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato.

Com vistas à avaliação das escolas de 3º grau no país, o Ministério da Educação instituiu, em 1996, o Exame Nacional de Cursos, conhecido como o “Provão do MEC” (3). Nas diretrizes específicas para a realização da prova nacional para os cursos de Medicina, as habilidades cognitivas dos médicos recém-formados são avaliadas de acordo com o seguinte perfil delineado para o graduando: a) cidadão com atitude ética, formação humanística, consciente da responsabilidade social; b) capacidade de compreender, integrar e aplicar os conhecimentos básicos na prática clínica; c) formação para atuar em nível primário de atenção e resolver, com qualidade, os problemas prevalentes de saúde; d) formação para atuar nas urgências e emergências; e) capacidade de lidar com os múltiplos aspectos das relações profissionais, com ênfase na relação médico-paciente; f) capacidade de atuar em equipe interdisciplinar e multiprofissional. É importante ressaltar que nas avaliações se mostra ao aluno o que se espera dele.

As competências e habilidades a serem desenvolvidas ao longo do curso e exigidas do graduando são: a) comportar-se eticamente nas relações profissionais e no contexto social; b) compreender os determinantes sociais, culturais, econômicos, biológicos e políticos do processo saúde-doença e da função médica; c)

lidar com a diversidade de comportamentos, crenças e idéias; d) realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e das urgências e emergências; e) comunicar-se com pacientes e seus familiares adequadamente; f) suportar frustrações e demonstrar atitude empática com o sofrimento; g) reconhecer, valorizar e adequar-se às competências específicas dos integrantes de uma equipe de saúde.

Portanto, estes dois documentos exigem que a escola médica se preocupe com uma formação integral do estudante, visando, além da capacitação técnica mínima para o exercício da Medicina, também um entendimento do seu papel social enquanto profissional e cidadão, enfatizando os aspectos de empatia, correção moral e respeito pela pluralidade dos valores de seus futuros pacientes e colegas.

1.1.b. Os objetivos da pós-graduação lato sensu em Medicina (especialização)

No Brasil, a Lei n° 3.268, de 30.9.57, dispõe em seu artigo 17 que os médicos só poderão exercer legalmente a Medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no MEC e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina sob cuja jurisdição se acha o local de sua atividade e, segundo o Processo-Consulta CFM n° 913/91: “entre o médico e o paciente existe uma relação jurídica perfeitamente definida por dispositivos legais, existindo para ambos deveres e direitos. Destaca-se, entre os direitos dos

pacientes, o de não sofrer dano por culpa do médico” (4,5).

Desta forma, a lei define que, ao ser considerado apto pela escola médica e ao receber o grau de médico, este profissional é considerado como tendo a competência mínima exigida para exercer a profissão. Deduz-se, então, que o recém-egresso do curso de Medicina, ao optar por uma especialização, embora possuindo as habilidades mínimas, procura a excelência naquilo que se dispõe a fazer profissionalmente, atitude louvável, se não também desejável e necessária frente à rápida atualização das ciências biomédicas em nossos dias.

O objetivo maior da pós-graduação *lato sensu* em Medicina é manter ou, mais que isto, aperfeiçoar a competência adquirida na graduação, visando a excelência profissional, tornando o médico-especialista beneficente e apto a atender os indivíduos (e respeitar sua autonomia) na sua especialidade médica (6).

A Residência Médica é definida pela Lei n° 6.932, de 7.7.81, como uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (7).

Cleide E. P. Trindade afirma, concordando com a maioria dos envolvidos na educação médica contemporânea, que “não há dúvidas de que a

SIMPÓSIO

residência médica é ainda o melhor modo de formar um profissional médico baseando o seu aprendizado no treinamento em serviço e sob a supervisão de um preceptor” (1).

2. A perspectiva dos alunos de Medicina

Todos os professores de cursos de Medicina já perceberam, alguma vez, a ansiedade dos recém-ingressos em ter contato com os pacientes, para se sentirem sendo formados médicos. William Saad Hossne, referindo-se ao momento de ingresso do aluno na fase clínica, assim escreve: “(...) o aluno se sente atraído pela perspectiva de, finalmente, começar a aprender medicina prática” (8).

É interessante conhecer alguns testemunhos e considerações levantadas por alunos do primeiro ano de graduação de um curso de Medicina ministrado no Sul do Brasil, que bem refletem a preocupação do estudante com sua formação:

“A minha expectativa, ao término do curso, é estar preparado para atuar ou, pelo menos, ajudar a minimizar o sofrimento das pessoas que chegarão até mim (...) exercer a profissão (...) sempre tendo em vista a necessidade do paciente (...) quero me sentir preparado a entrar no mercado de trabalho, sabendo que estou apto a clinicar qualquer paciente.”

“Espero ser capaz de tratar as doenças físicas e psíquicas das pessoas que a mim recorrerem, aliviando, assim, sofrimentos.”

“Espero que a faculdade me proporcione o conhecimento e o preparo necessários para melhorar a qualidade de vida das pessoas (...). espero, principalmente, não permitir que a rotina retire de mim a sensibilidade e a compaixão, fazendo-me um profissional mecanizado, incapaz de distinguir o paciente e a doença.”

“Espero ser capaz de compreender o paciente como um ser completo e não apenas ver um órgão ou leito (...) entendendo seus receios quanto à sua doença, respondendo suas dúvidas.”

“O mínimo que se espera da formação em medicina é o conhecimento suficiente para que, ao atender o paciente, possamos lidar com seus problemas, sejam físicos ou não, e solucioná-los. Para isso, é necessário o conhecimento não só teórico, mas também prático, ou seja, a experiência. Para termos o mínimo de experiência necessária ao exercício da profissão, a universidade deve oferecer a oportunidade de seus alunos freqüentarem postos e hospitais.”

“Espero não somente identificar os sintomas dos pacientes e administrar a medicação correta mas também deter o conhecimento para lidar com o ser humano.”

“Ao ser procurado por qualquer pessoa que precise de ajuda médica, saber identificar o seu problema, entender suas condições (...) adquirir a confiança dessas pessoas e, principalmente, poder tratá-las de uma forma adequada.”

Nestes depoimentos é possível identificar que, além da expectativa da capacitação técnica profissional, presente em qualquer área de formação, o curso de Medicina traz um ônus acessório e importante, que é o senso de responsabilidade que o aluno manifesta por estar lidando com seres humanos e seu sofrimento. O futuro médico deseja uma experiência prática a fim de poder cumprir sua tarefa social, de aplicar seus conhecimentos para o benefício do doente.

Benedictus Philadelpho de Siqueira, em *A ética do estudante de Medicina*, faz algumas observações interessantes. Para ele, a ética, entendida como a teoria ou ciência do comportamento social do ser humano no relacionamento com seu semelhante e o meio ambiente, sofre modificações de acordo com o momento histórico em que se dá esta relação, com a complexidade da sociedade e com as transformações que o homem vai produzindo no ambiente e que o estudante de Medicina, como um dos atores dessas transformações, deve ter seu código de ética constantemente atualizado quanto ao comportamento adequado aos que lidam com o ser humano (8).

O autor chama a atenção para o fato de que as atitudes e comportamentos éticos e o compromisso social quase nunca constituem preocupação dos jovens que estão em faculdades sem condições ótimas de funcionamento, mas que o aluno deve exigir que as escolas se preocupem em nele incorporar atitudes e comportamentos moralmente adequados, que a sociedade espera do médico, especialmente seu compromisso social. O estudante de Medicina tem o direito

a ter professores competentes e dedicados, principalmente para acompanhá-lo na relação aluno-paciente. E o verdadeiro professor, ao mesmo tempo em que ajuda o aluno a desenvolver suas habilidades psicomotoras, deve fornecer-lhe parâmetros socialmente justos e eticamente corretos de relacionamento médico-paciente. O estudante de Medicina não deveria aceitar que nos hospitais universitários houvessem patamares diferentes de cidadania.

Como a defesa da vida deve ser a principal preocupação do estudante de Medicina, as suas atitudes devem pautar-se pela intransigente valorização da vida humana. Não deve praticar ato que coloque em risco a vida do paciente, evitando, assim, que sua deficiência, em algum momento, possa colocar a vida ou a qualidade de vida em risco. Todo e qualquer ato que venha a ser praticado no paciente deve ser exaustivamente praticado em manequins ou animais de experimentação. Como o relacionamento médico-paciente é o ponto central da profissão médica, somente haverá ensino médico de qualidade onde exista uma relação efetiva aluno/paciente/comunidade. Quando o indivíduo perde sua saúde necessita de maior compreensão, sua dependência cresce e sua sensibilidade aflora. Nestas circunstâncias, o aluno deve saber ouvir com atenção, ter calma e prudência nas suas atitudes, ser tolerante e razoável com as manifestações do paciente, ter respeito e dedicação (8).

2.1. A perspectiva dos educadores

Segundo Genival Veloso de França, a responsabilidade do preceptor é conseqüente do

SIMPÓSIO

caráter peculiar da tarefa de preceptoria e deve ser definida como responsabilidade derivada ou compartilhada, já que cada membro da equipe carrega consigo a co-responsabilidade por atos médicos praticados. O autor acrescenta que, conseqüentemente, cada um deles é passível de responder, ética e juridicamente, por atos médicos realizados, bastando, para tanto, que cada instância judicante defina a responsabilidade a ser atribuída a cada integrante da equipe (10).

Em 1967, George Miller já registrava que “os professores de medicina só podem optar com sensatez pela melhor maneira de ajudar os alunos a alcançarem um ponto determinado se estiverem certos do lugar aonde querem chegar com ele. Poder-se-ia sugerir que os objetivos primeiros da formação médica advêm da filosofia do pensamento científico, das necessidades sanitárias da comunidade e da definição de “bom médico” dada pela própria profissão. Assim, a definição dos objetivos da formação médica não é de inteira responsabilidade do médico-professor. Depende, também, das necessidades da sociedade e da profissão” (11).

Ao definir os objetivos do ensino médico, o autor cita critérios para julgar a adequação do projeto pedagógico, afirmando que o programa tem maiores probabilidades de bom desenvolvimento quando as metas são percebidas em termos de modificação de comportamento do aluno, antes como resultado de experiência que da natureza do ambiente de instrução ou da atuação do professor” (11).

Para a Associação Americana de Escolas Médicas, são tarefas dos educadores: propiciar ao aluno a aquisição do conhecimento exigido dos cenários social e cultural em que se realizam a formação e a prática médica; ajudar o aluno a estabelecer hábitos essenciais de consideração e perceptividade no trato com os pacientes; treinar o aluno na aquisição das habilidades básicas: a) para a condução da anamnese adequada e exata; b) de efetuação do exame físico e utilização eficiente dos instrumentos comumente utilizados por todos os médicos; c) da interpretação, para o paciente, de observações e diagnose, de modo a lhe dar esperança e facilitar-lhe a compreensão, evitando apreensão e pessimismo indevidos; d) de obtenção de confiança dos pacientes e seus familiares; levar o aluno a desenvolver atitudes sadias de ver também os indivíduos em sua totalidade de seres humanos complexos, inseridos num ambiente também complexo e cambiante (11).

Em pesquisa realizada por Suzana M. Wullaume e Nildo A. Batista, com preceptores de Residência em Pediatria, no Rio de Janeiro, os entrevistados consideraram o exercício de uma tutoria, calcado na prática médica assistencial, como um desafio, apontando a responsabilidade profissional, o relacionamento humano, a capacidade de organização, a prática avaliativa e o domínio dos conteúdos como os eixos principais de sua atuação, acrescentando a estas habilidades a importância dos aspectos éticos e humanísticos, bem como a sua capacidade de educação permanente. A metade deles não possuía preparo específico

para o ensino e sentia necessidade da capacitação didática no desempenho de suas funções (12).

2.2. A perspectiva do paciente

Segundo Rodhe *et al* (1990), citado em Alfredo Cataldo Neto, o tipo de atendimento aos pacientes em uma estrutura assistencial, simultaneamente universitária e previdenciária, envolve aspectos positivos e negativos. Por um lado, permite que se amplie a assistência médica tão necessária em nosso país a segmentos menos favorecidos da população e à comunidade acadêmica, tornando o ensino médico mais dinâmico e real. No entanto, um grande número de profissionais em contato com o paciente (alunos, residentes e professores) e a rotatividade nas diferentes equipes e nas áreas de atendimento muitas vezes impossibilita o estabelecimento de relações estáveis e contínuas com o paciente, despersonalizando o convívio (13). Isto tanto poderá influir negativamente na vida profissional futura do médico em formação como também na qualidade da relação que o paciente espera ter com seu médico. Outro problema, comum na esfera previdenciária, é que o paciente não escolhe o profissional, interna-se em determinado hospital, iniciando o vínculo com a instituição e não com o médico.

Em sua monografia de conclusão de pós-graduação em Marketing, Alexandre K. Kipper coloca que tratar o paciente como sendo uma pessoa integral é um desafio para médicos, enfermeiros e demais profissionais, bem como

para membros do Conselho de Administração, que têm a responsabilidade final de assegurar que as necessidades dos pacientes sejam atendidas (14).

O autor comenta que o hospital, “desde a sua formação, foi se tornando uma organização cada vez mais complexa, com funções definidas e próprias (...), contudo, encontra-se dentro do hospital uma concentração muito grande de sofrimento e a presença constante da morte. Profissionais que constituem a equipe de tratamento médico têm, normalmente, pouco tempo e disponibilidade para dar atenção às preocupações, ansiedades e medos que o paciente apresenta. E o doente, ao ser admitido no hospital, sente-se como uma pessoa que deixou de ser capaz de assumir a responsabilidade pelas suas decisões e ações para se sujeitar às contingências impostas pela sua doença, pelo regulamento do hospital e pelo tipo de tratamento a receber. Precisa, ainda, se submeter a normas e rotinas estabelecidas” (14).

Salienta que o doente ou ferido é uma pessoa assustada, dependente de quem cuida dela, necessitando ser confortada e tranqüilizada. Frequentemente, no entanto, as demonstrações de compaixão e empatia pelo paciente perdem-se porque nem sempre o profissional da saúde o conhece suficientemente para perceber suas dúvidas, medos e necessidades. O fato de os hospitais necessitarem manter uma rígida rotina de procedimentos, com o duplo objetivo de atender o paciente e dirigir um empreendimento, impedem, geralmente, um contato mais personalizado entre os profissio-

SIMPÓSIO

nais e o paciente. No momento em que o hospital transforma a pessoa doente em paciente, colocando-a em uma estrutura padronizada, vestindo-a com roupas do hospital, mudando sua dieta, seus hábitos de dormir e permitindo visitas apenas em horários pré-determinados, acontece uma grande despersonalização do indivíduo (14).

Além disso, e apesar de resultados conflitantes, a literatura sobre os riscos de ser paciente em hospitais universitários sugere que os doentes permanecem mais tempo hospitalizados, fazem mais exames e exigem mais suplementos hospitalares (15).

O paciente, num hospital-escola, é sujeito para o treinamento de habilidades e manejo de estudantes e residentes, sendo usualmente atendido por uma equipe constituída de alunos, residentes e médico-professor. Esta equipe varia em conhecimentos e habilidades, desde um graduando na fase inicial de seu treinamento clínico a um residente de último ano, até um professor altamente experiente e hábil.

Assim como na pesquisa com uma droga experimental, o treinamento de um aluno e de um residente é obtido através de tentativas de acerto/erro. O consentimento do paciente-sujeito é necessário, ética e legalmente, para sua participação em um programa de treinamento médico. Informações completas são imprescindíveis para que o paciente possa tomar uma decisão livre e esclarecida sobre seu atendimento. Todos os membros participantes do

processo de diagnose e manejo do doente devem se conduzir com absoluta sinceridade e o paciente deve ser informado dos potenciais desconfortos e riscos.

Na educação médica, alguns riscos podem emergir da inexperiência individual do aluno ao participar de algum cuidado, ou do residente ao fazer algum diagnóstico ou procedimento, pois, pela própria natureza do processo de ensino-aprendizagem, os alunos e residentes precisam praticar com pacientes para adquirir as habilidades, as competências mínimas ou a excelência para, futuramente, exercer sua profissão. Da mesma forma que pesquisadores usam voluntários em projetos de pesquisa, alunos e residentes têm que utilizar pacientes-sujeitos para seu treinamento, com o objetivo de tornarem-se suficientemente habilitados para servirem a outros.

Muitas vezes, os pacientes-sujeitos não são suficientemente informados pelos profissionais a respeito da natureza do processo educativo. Quase todos os pacientes-sujeitos sabem que em hospitais de ensino há alunos e residentes trabalhando com os professores, mas não sabem qual o grau de habilidade dos alunos/residentes ou, exatamente, quem é o responsável último pelo manejo de seus cuidados. Sem alarmar os pacientes, assegurar uma apropriada supervisão pode ajudar nesse sentido e os professores devem informar sinceramente os potenciais desconfortos ou riscos decorrentes de ter médicos em treinamento tomando parte nos cuidados e tratamento.

Mas também existem significativos benefícios para os pacientes envolvidos no processo de ensino. Como o participante de um ensaio clínico que pode ser o primeiro a receber uma droga experimental, também o paciente em um hospital-escola pode ser beneficiado pela vontade muito grande de alunos ou residentes em investigar uma patologia ou em fazer um diagnóstico preciso.

Outra vantagem em ser paciente-sujeito num ambiente de ensino é que, em geral, na educação entre adultos, o conhecimento flui nas duas direções – do professor para o aluno e do aluno para o professor. Assim, o paciente-sujeito pode ser beneficiado pela presença de muitos professores trocando conhecimentos entre si e pelo desafio educacional que ocorre num meio onde há muitos alunos e residentes inquisitivos (15).

Uma pesquisa realizada na faculdade de Medicina da Universidade de Newcastle, na Austrália, mostrou alta satisfação dos pacientes atendidos por estudantes: 56 dos 60 pacientes entrevistados estavam satisfeitos. Também na Inglaterra, a verificação do grau de satisfação dos pacientes atendidos por graduandos mostrou que os pacientes eram altamente favoráveis à presença dos estudantes, e os pacientes de classe economicamente mais baixa mostravam ainda maior satisfação com este fato (13). Estudo semelhante, desenvolvido no hospital-escola da faculdade de Medicina da PUCRS, por Alfredo Cataldo Neto, revelou que os pacientes gostavam da presença dos estudantes (98,6%), considerando sua presen-

ça como tranqüilizadora (93%), sentindo-se privilegiados pelo fato de serem atendidos num hospital universitário (13).

3. *Discussão*

O relatório Flexner (EUA, 1910), conhecido documento que mudou a estrutura da escola médica, possibilitou grande avanço no ensino da medicina científica e no desenvolvimento das ciências básicas, das pesquisas clínicas e dos hospitais universitários. Naquela época, e na ausência de argumentos para defender o caráter assistencial da profissão, a educação médica divorciou-se das necessidades básicas de assistência à saúde do povo. Somente com a Declaração de Alma-Ata (1978) foi que a comunidade científica apontou uma contrapartida ao modelo vigente de formação médica, ao sublinhar os cuidados primários de saúde como ponto-chave para atingir a meta de equidade e justiça no atendimento de saúde da população mundial (16).

Ao definir cuidados primários como cuidados essenciais à saúde, baseados em métodos e tecnologia práticos, cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal dos indivíduos, das famílias e da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que esta comunidade e o país possam manter, em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação, a sociedade passou a reconhecer a profissão médica sob uma perspectiva concreta de utilidade social. Nas décadas seguin-

SIMPÓSIO

tes, as instâncias públicas e privadas direcionaram gradualmente os objetivos da formação médica para atender as necessidades de saúde da população.

A Declaração da XV Conferência Pan-Americana de Educação Médica corrobora esta posição ao ressaltar que, apesar da educação médica ter sempre alcançado sucesso e o exercício da Medicina ser fonte de satisfação para a sociedade e de realização pessoal para o médico, o estudante de Medicina terá seu futuro promissor comprometido se a escola médica não refletir sobre o descompasso entre as expectativas societárias e a realidade percebida (16).

Também no documento preliminar da Conferência Mundial de Educação Médica, consta que as escolas devem proporcionar aos alunos formação integral, assegurando-lhes, também, sólida base ética, atitude humanitária e de serviço à comunidade; precisam gerar atitudes e valores que permitam cercar o ato médico da dimensão humana e ética que deve caracterizá-lo. Nesse contexto, a exigência é de maior aproximação das escolas ao meio, em especial aos serviços de saúde, como estratégia de integração, ressaltando a importância das atividades docente-assistenciais e a participação significativa e precoce do estudante nas mesmas, bem como na hierarquização da assistência médica, objetivando sempre a ligação do processo educacional ao processo de prestação de serviços de saúde (17). O documento afirma, ainda, que as pesquisas na área pedagógica demonstram que a maneira mais

eficiente e duradoura de adquirir conhecimento, habilidade ou atitude é exercitar ações que exijam tal conhecimento, tal habilidade ou tal atitude. Aprender fazendo é mais eficiente do que receber conhecimentos passivamente. Portanto, a estratégia educacional deve ser o treinamento em serviço, que possibilita a prática de ações de complexidade crescente, conforme as necessidades e determinações do serviço e do programa educacional.

A Declaração de Edimburgo (1993), resultado da Conferência Mundial de Educação Médica, igualmente destaca que a organização de programas de ensino e de sistemas de avaliação devem garantir a aquisição das competências profissionais e dos valores sociais, e não somente visar a memorização da informação, comentando que “cada paciente deve poder encontrar, no médico, o ouvinte atento, o observador cuidadoso, o interlocutor sensível e o clínico competente” (17). A educação médica, portanto, deve estar alinhada com as necessidades da sociedade porque tanto a ética da profissão médica quanto a dependência da sociedade assim o exigem.

Na visão destes educadores, o descompasso entre as necessidades da sociedade e a educação médica está no aumento dos custos da Medicina, na formação demasiada de especialistas, na não-promoção da saúde, na parcela significativa da população sem acesso à assistência e na erosão da confiança na relação médico-paciente (16). Assim sendo, podemos considerar que a qualidade do curso de Medicina pressupõe dois enfoques. O primei-

ro, é o ensino da Medicina como ciência, onde devem ser ensinados aos estudantes os conteúdos técnicos, os procedimentos adequados para a realização do diagnóstico, a iniciação à pesquisa e o uso das tecnologias disponíveis para o auxílio ao diagnóstico, além da permanente atualização desses conteúdos. O segundo, trata da Medicina como prática assistencial, como serviço prestado à coletividade. Nessa última perspectiva, partindo de ações exigidas pela sociedade, é necessário que se defina o papel do médico na prestação desta assistência (quase sempre limitada pela indisponibilidade de recursos e pelas necessidades regionais), que seja dada atenção à questão da eficiência (o médico como parte de um sistema, com funções definidas e trabalhando em conjunto) e que seja considerada a relação custo-benefício de diagnósticos e tratamentos, com o objetivo primordial de promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação, com equidade social.

Desta forma, mesmo que os egressos possam seguir diferentes carreiras em situações sociais ou organizacionais diversas, ao concluir o curso médico todos devem possuir um conjunto de competências que lhes permitam tanto prestar serviços de assistência primária à população como continuar sua própria formação.

A competência aqui, como bem define Luiz Fernando Pinto, significa “o domínio do conhecimento e o controle das habilidades que definem e caracterizam uma profissão ante o julgamento e a avaliação da sociedade, que não só espera, como exige, também, que o médico

produza benefícios através de uma eficiente utilização dessas aptidões” (18).

Do ponto de vista ético, Diego Gracia esclarece que são estas competências mínimas que previnem a má prática da Medicina (imperícia, imprudência ou negligência), que, na relação individual com o paciente, tornaria os recém-egressos das escolas médicas profissionais maleficientes e, em sua relação com a sociedade, os tornaria injustos, na medida em que a formação adequada evita a incorreção dos atos médicos (6).

A educação médica deve se preocupar, ainda, com o desenvolvimento da personalidade do educando, para que ele possa ser o médico competente que o processo pretende formar. Entre muitos aspectos a serem considerados, figura a valorização do exercício da Medicina como um encontro entre pessoas: o médico e o doente, num exercício pleno de humanismo. Desde Hipócrates estão identificadas as características desejáveis da personalidade do médico: vocação, espírito científico, limite à ambição e à vaidade, espírito judicioso, aceitação de limitações técnico-profissionais, discrição e respeito ao doente. O médico não deve ter com o paciente uma relação de sujeito-objeto ou de objeto-objeto, mas de sujeito-sujeito (19).

As características pessoais do médico estão naturalmente vinculadas às etapas que compõem seu exercício profissional: anamnese, exame físico, diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica. Cada uma destas etapas envolve atributos e habilidades pessoais especí-

SIMPÓSIO

ficos, que devem ser aperfeiçoados: a anamnese supõe sensibilidade e percepção; o exame físico exige respeito e delicadeza; a elaboração do diagnóstico, do prognóstico e da conduta terapêutica demandam lucidez e espírito judicioso; a relação com o paciente – o ponto mais importante a ser considerado – envolve todo um conjunto de atributos, formado, no mínimo, por discrição, paciência, tolerância, dedicação e desprendimento (19).

Colocadas as perspectivas envolvidas nesta questão, o problema que agora se apresenta é: como fazer para que seja moralmente aceitável ter graduandos de Medicina participando dos cuidados do paciente e eticamente correto ter médicos em formação praticando atos médicos?

Janicemarie K. Vinicky *et al*, em seu excelente artigo *Patients as 'subjects' or 'objects' in residency education* (15) nos fornecem excelentes subsídios para fundamentar esta discussão. Os autores propõem que os critérios éticos de James F. Childress para justificar a realização de pesquisas envolvendo seres humanos podem, por analogia, ser empregados para justificar também o treinamento médico em serviço.

A proposta de Childress considera que o projeto de pesquisa deve cumprir as seguintes condições para que seja moralmente executável: 1. Deve existir uma razão moral importante para a pesquisa; 2. Deve existir uma expectativa razoável de que a pesquisa vai gerar o conhecimento procurado; 3. O uso de sujeitos humanos neste estudo é uma questão de último recurso, ou seu uso é necessário; 4. A pesquisa deve considerar

o princípio da proporcionalidade, isto é, existe uma análise favorável de risco-benefício; 5. A pesquisa deve ter o consentimento livre e esclarecido do sujeito; 6. Os riscos e os benefícios devem ser distribuídos equitativamente entre os sujeitos humanos envolvidos.

De acordo com o primeiro critério de Childress, transportado para o cenário da educação médica, torna-se necessário determinar que existe uma razão moral importante para que os cuidados do paciente sejam prestados por médicos em treinamento. Mesmo que não distribuída com equidade, há uma forte presunção de que a qualidade do atendimento médico é um dos principais valores da sociedade e que a educação de médicos competentes - que reunidos a outros profissionais de saúde possam oferecer tal atendimento - é um componente básico para a eficiência do sistema de saúde contemporâneo. Considerando, mais além, a relevância do sistema de saúde para a qualidade de vida da população, é razoável dizer que existe uma obrigação moral por parte dos envolvidos com a educação médica em conduzi-la com eficiência e responsabilidade.

Como a prática médica possui muitos aspectos clínicos, parece indispensável que grande parte da formação deva ser feita num ambiente onde se exercem tais atividades, e a participação efetiva dos estudantes e residentes nos cuidados aos pacientes torna-se um elemento essencial no seu treinamento.

O segundo critério determina a busca de uma justificativa razoável para assumir que o

conhecimento e as habilidades são, de fato, obtidas pelos estudantes/residentes ao tomarem parte nos cuidados à saúde. Se isto não ocorrer, não se justifica moralmente sua participação neste processo.

Ao considerarmos as diretrizes educacionais, as expectativas da sociedade e dos próprios estudantes/residentes, anteriormente analisadas, aliando-as às teorias pedagógicas da aprendizagem, o 'aprender fazendo' constitui-se em critério de obrigatoriedade e justiça para a eficiência da educação médica.

Não se pode esquecer, no entanto, que o componente que assegura a excelência da educação médica - sob a forma de treinamento - é a supervisão dos aprendizes. A qualidade desta tutoria é fundamental, não apenas para minimizar os riscos para os pacientes e avaliar o desempenho daqueles em treinamento mas para garantir que uma situação de aprendizagem ocorra de fato. Tal supervisão deve preocupar-se tanto com uma adequada preparação para os procedimentos que os alunos e residentes farão quanto com uma observação cuidadosa sobre seu trabalho clínico e uma crítica apropriada sobre sua prática médica, visando ajudar os educandos na aquisição das competências mínimas e da excelência profissional, objetivos constitutivos da educação médica.

Em terceiro lugar, é realmente necessária a participação do médico ou aluno em treinamento na administração dos cuidados ao paciente? Uma resposta afirmativa a esta pergunta é essencial na construção da justificati-

va ética para o treinamento em serviço. A pressuposição óbvia, aqui, é de que há algum grau de risco envolvendo a participação de médicos em treinamento nos cuidados ao paciente. Há, porém, riscos maiores ao permitir que médicos, no futuro, exerçam a profissão e pratiquem atos médicos sem nunca terem sido treinados neles. Também existem riscos se os médicos em treinamento não aprenderem habilidades por falta de experiência. Sob estes argumentos, e do ponto de vista educacional, a necessidade de tal treinamento clínico torna-se clara. Mas este terceiro critério não tem consistência apenas porque ter alunos/residentes, cuidando de pacientes, é bom e necessário para seu treinamento, pois a necessidade de tal prática clínica não é, isoladamente, uma justificativa moralmente adequada. Outros critérios devem juntar-se a este para legitimar o treinamento em serviço.

Os recursos pedagógicos atuais permitem à escola médica lançar mão de técnicas audiovisuais, experimentais e demonstrativas que devem ser utilizadas nos períodos iniciais de treinamento. Os vídeos demonstrativos, o uso eticamente apropriado de animais para experimentação, a utilização de modelos, bonecos, manequins e outras estratégias podem garantir um treinamento inicial.

O quarto critério, intimamente relacionado com o terceiro, diz respeito aos riscos e aos benefícios esperados. Considerando que há vários riscos, devemos ter uma resposta afirmativa à seguinte questão: os riscos são pro-

SIMPÓSIO

porcionais aos benefícios esperados? O fator crítico na análise desta questão é o reconhecimento de que esta pergunta não pode ser respondida de maneira global: sempre deve referir-se a um procedimento individualizado, a ser realizado por um aluno/residente específico, para um paciente em particular, numa circunstância determinada. Assim, os benefícios para um determinado aluno ou residente sempre devem ser contrabalançados com os possíveis riscos para um paciente específico. Neste contexto, é extremamente importante um julgamento criterioso por parte do professor-supervisor. Ele, o professor, não pode considerar que alunos ou residentes, no mesmo ano de treinamento, possuam habilidades idênticas para determinados cuidados ou que as condições e circunstâncias de todos os pacientes, alvos potenciais destes procedimentos, sejam perfeitamente iguais.

O quinto critério, introduzido na pesquisa biomédica desde o julgamento de Nuremberg, se refere ao consentimento livre e esclarecido do paciente, condição que concretiza o princípio ético de respeito pela pessoa humana.

Os sujeitos de pesquisa estão protegidos por diretrizes, resoluções ou leis (15). No Brasil, segundo a Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e complementares, os projetos de pesquisa devem ser aprovados por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que analisam o estudo nas suas implicações éticas, metodologia e concordância com as regulamentações fede-

rais e as normas e diretrizes internacionais. Muitas vezes, os projetos são analisados metodologicamente também por uma comissão científica.

Os relatores dos protocolos de pesquisa, entre outras coisas, devem analisar a adequação do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), incluindo sua elaboração em linguagem acessível, do qual devem constar: a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão incluídos na investigação; os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados; os métodos alternativos existentes; a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis. A garantia de esclarecimento, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, informando a possibilidade de inclusão em grupo-controle ou placebo; a liberdade do sujeito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase do estudo, sem penalização e sem prejuízo ao seu cuidado; a garantia de sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais; as formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação no projeto e as formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da mesma também devem estar contempladas. Este TCLE deve ser elaborado pelo pesquisador responsável e ser aprovado pelo CEP que referenda a investigação. Nos casos em que haja restrição de liberdade ao esclarecimento necessário para um adequado consentimento, devem ser observadas algumas exigências para proteger os sujeitos considerados vulneráveis (18).

O consentimento livre e esclarecido exige a competência mental do sujeito que faz esta escolha, ou de seu representante, além de informação adequada e esclarecimento completo do pesquisador para o sujeito, propiciando o entendimento das informações pelo participante, a liberdade do sujeito em participar da pesquisa e a garantia de que o sujeito está bem consciente das conseqüências de sua participação, mesmo que o estudo não traga benefícios diretos para ele, mas que possa vir a beneficiar outras pessoas, no futuro.

Uma vez obtida a aprovação do CEP/CONEP, o pesquisador deve proceder ao processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido, incluindo o TCLE, para a participação do sujeito no projeto de pesquisa.

Diferentemente dos participantes em ensaios clínicos, o paciente que é sujeito no processo de ensino-aprendizagem não está protegido por normas e diretrizes específicas, mas, sem dúvida, é através do seu consentimento informado para a participação neste processo que sua dignidade torna-se respeitada.

Transposto para o ambiente da formação médica, o respeito pela autonomia do paciente pressupõe que este conheça a natureza de ensino da instituição, desde o momento de sua admissão. Não é suficiente uma concordância geral ou um documento inespecífico para participar dos processos de ensino e pesquisa típicos da instituição. Para cada um dos procedimentos deve haver um consentimento específico ou sua recusa.

É fundamental entender que o termo de consentimento livre e esclarecido é apenas a formalização de um *continuum* de comunicação e de tomadas de decisão. O relevante nesta questão não é a assinatura de um documento, mas o desenvolvimento adequado do processo de informação e esclarecimento das dúvidas do paciente, com o objetivo de, ao aceitar ou recusar determinado procedimento, esta decisão possa ser considerada moralmente válida, alicerçada em uma análise racional de riscos, desconfortos e benefícios, contrastada com seus valores pessoais e consoante com o projeto e a qualidade de vida que o paciente quer para si.

Sendo assim, garantido o processo de informar o paciente, dirimir dúvidas sobre os procedimentos e quem vai realizá-los, nem sempre será necessário um documento formal para validar o consentimento ou recusa. Alguns poderão argumentar o caráter de proteção legal que o documento firmado estabelece – e que não negamos –, porém, se o propósito da obtenção do consentimento é validar eticamente o fato de ter estudantes e residentes participando do cuidado dos pacientes, o processo de informação e esclarecimento e a conseqüente aceitação ou recusa verbal, por si só, são suficientes para cumprir este objetivo.

Assim como o sujeito envolvido em um projeto de pesquisa pode retirar seu consentimento (entendendo as conseqüências de sua decisão), também os pacientes participantes de um processo de ensino podem fazê-lo (desde que entendam a conseqüência desta retirada, como

SIMPÓSIO

a dificuldade e mesmo os riscos pessoais em ser transferido para outro hospital). A possibilidade de recusa, obviamente, traz problemas administrativos e organizacionais importantes, mas ela é extremamente rara se a competência do aluno/residente, para determinada tarefa, for assegurada ao sujeito e/ou a seus familiares, inclusive com a garantia de uma supervisão contínua e adequada.

O que se pode propor, adicionalmente, é que os critérios utilizados para a obtenção do consentimento informado dos participantes em projetos de pesquisa sirvam de modelo para guiar a elaboração de um padrão apropriado para a prática clínica, desenvolvido num ambiente de formação de médicos e especialistas.

Além disso, o Comitê de Ética em Pesquisa e o Comitê de Bioética, que deveriam existir na instituição, são instâncias apropriadas de auxílio a pesquisadores, preceptores, aprendizes e equipes clínicas para refletir sobre os aspectos éticos que emergem das relações humanas, de ensino e de assistência.

O sexto critério de Childress se refere ao princípio de justiça, sugerindo que os riscos e os benefícios decorrentes da inserção do paciente no processo de educação médica deveriam ser equitativamente distribuídos. Uma das maneiras de concretizar este objetivo é garantir que os problemas levantados nos cinco critérios anteriores sejam discutidos e considerados para cada um - e todos - dos pacientes que ingressam num hospital-escola. Esta atitude traz à tona uma realidade comum em nossa

prática: a existência de categorias de pacientes, de acordo com sua inserção no sistema de saúde, através do SUS, de convênios ou de maneira privada. Assim, seria uma violação do princípio de justiça e de respeito à dignidade das pessoas se a obtenção do consentimento informado ou a recusa de tratamento fosse negado a qualquer um destes grupos de pacientes.

Da mesma forma, todos os benefícios que o ambiente universitário e o processo de educação médica podem promover para o melhor atendimento dos doentes precisam ser oferecidos indistintamente a todos os que procuram a instituição, independente do modo de inserção na mesma.

4. Recomendações

As instituições de ensino devem adequar-se ao processo pedagógico para as escolas de Medicina, determinado pelo Poder Público, e criar sistemas de avaliação permanente com o objetivo de garantir que os objetivos técnicos e pedagógicos estão sendo alcançados.

As instituições de ensino devem favorecer a formação pedagógica dos professores, já que uma das justificativas éticas para ter alunos participando dos cuidados diretos ao paciente e residentes praticando atos médicos complexos é atingir competências mínimas para os primeiros e a excelência profissional para os segundos, objetivos que só serão alcançados sob adequada supervisão técnica e didática.

As instituições de ensino devem garantir ao graduando um ambiente adequado para o desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades e atitudes apropriadas, com participação precoce no sistema de saúde, necessários ao exercício profissional e ao compromisso ético e social do futuro médico.

Estas instituições devem, sistematicamente, se questionar se os alunos e residentes não estão sendo pressionados a realizar tarefas para as quais não estão capacitados, não só para protegê-los mas também para ter uma atitude respeitosa e humana com aqueles que estão sendo preparados para serem humanos com seus pacientes.

As instituições de ensino devem estabelecer uma política para todos os aspectos dos cuidados realizados por alunos, residentes e professores e criar mecanismos para a avaliação de como esta política de atendimento aos pacientes é implementada e qual a satisfação dos usuários com os cuidados oferecidos.

Todos os pacientes devem ser informados sobre a natureza de ensino e o funcionamento da instituição, previamente à sua admissão. Devem ser esclarecidos os benefícios e os eventuais riscos existentes nos ambientes de treinamento profissional, e este deve ser distribuído com equidade.

No processo de obtenção do consentimento deve ser discutido, de modo honesto, o envolvimento de alunos e residentes nos seus cuidados, e deve ser esclarecido que cada membro da

equipe realizará as tarefas para as quais tenha competências específicas, sempre sob a supervisão de um médico experiente e plenamente capacitado.

O consentimento do paciente para participar do processo de ensino deverá ser específico para cada procedimento ou tratamento necessário, sob supervisão.

A prática do consentimento informado não é meramente uma obrigação ética ou legal, mas uma oportunidade apropriada para treinar as habilidades técnicas de comunicação com os doentes e suas famílias, para aprofundar a confiança na relação médico-paciente e para transmitir empatia, solidariedade, otimismo e esperança.

As instituições de ensino devem ter políticas, normas e controles sobre a obtenção dos consentimentos e uma definição clara sobre quem será o responsável por esta tarefa.

O governo deve assegurar recursos para o bom processo educacional e não punir estas instituições pelos seus custos operacionais mais elevados.

Conclusão

Ao final desta exposição, nos parece razoável afirmar que o treinamento em serviço possui fortes argumentos para ser considerado como uma estratégia eticamente apropriada para a educação médica, desde que respeitados os cri-

SIMPÓSIO

térios analisados neste artigo. Sua utilização, em conjunto, é importante para consolidar as justificativas morais para o treinamento em serviço. Como Vinicky *et al* (15), acreditamos que sua interpretação e aplicação exigem, além de consistência, racionalidade e praticidade, atitudes virtuosas, prudentes e eticamente adequadas por parte de todos aqueles que têm a responsabilidade de executar o ensino médico.

A profissão médica é dedicada a promover a saúde, prevenir as doenças, tratar os doentes e reabilitá-los. A graduação dos alunos e o treinamento de residentes se destina aos mesmos objetivos, embora em níveis diferentes. Assim como a atividade profissional, também o ensino médico e o treinamento de residentes implicam em responsabilidades éticas importantes, que devem ser compartilhadas por alunos, residentes, educadores, instituições de ensino e treinamento, autoridades, pacientes e sociedade.

Uma das características da ética contemporânea e de toda ética da responsabilidade é sua desconfiança na formulação de proposições

deontológicas de caráter absoluto e carentes de exceções (19). No tema do treinamento em serviço, jamais se conseguirá uma fórmula de justiça absoluta. É necessária uma contextualização histórica para poder responder aos problemas concretos do cotidiano do ensino da Medicina.

Para tanto, é preciso que cada componente desta estratégia de ensino-aprendizagem tenha um comprometimento e uma visão responsável das atribuições que lhe cabem, otimizando benefícios tanto para aqueles em treinamento quanto para os pacientes aos seus cuidados, buscando, em última instância, qualidade, eficiência e excelência.

Não se pode, nesta questão, tomar decisões meramente táticas, favorecendo um ou outro lado, sendo obrigatória a análise rigorosa dos direitos e dos deveres de cada uma das partes envolvidas, em um debate plural e crítico cujo objetivo deve ser o de tornar o treinamento em serviço condizente com o papel que a sociedade espera da profissão médica, solidamente fundamentada nos princípios de justiça e de respeito pelo ser humano.

RESUMEN

Cuestionamientos éticos relativos a la graduación y a la Residencia Médica

Los autores, partiendo de los objetivos de la formación médica, consideran que estos solo pueden ser alcanzados con la participación de pacientes como sujetos en el proceso de enseñanza-aprendizaje y muestran los riesgos y beneficios en este contexto. Destacan el problema de como realizar esta tarea sin irrespetar la dignidad de las personas enfermas, contemplando sus derechos de participación en las decisiones sobre su salud. Del punto de vista ético, presentan los principios y valores que pueden justificar el hecho de tener graduados de medicina y médicos residentes participando de los cuidados de los pacientes. Después de analizar el fundamento ético para justificar este entrenamiento en servicio, presentan algunas recomendaciones para la realidad brasileña y concluyen llamando la atención para las responsabilidades de todos los involucrados en la formación de los médicos.

Unitermos: formación médica, ética, responsabilidad, pacientes-sujetos

ABSTRACT

Questioning the ethics of medical school and residency

This paper argues that medical school objectives will only be achieved when patients are involved as subjects in the education process. The pros and cons of such approach are analyzed. The authors explore alternative ways through which this task can be accomplished without disrespect to the rights of the ill and in such a way as to ensure their right to participate in decisions affecting their health. Holding an ethical point of view, the paper presents the principles and values based on which a joint approach to patient care by medical undergraduate students and resident physicians may be justified. After analyzing the ethical foundations to validate such in-service training, the authors make recommendations tailored to the medical reality in Brazil, and finally draw one's attention to the responsibility of all players involved in medical education.

Uniterms: medical education, ethics, responsibility, patient-subjects



SIMPÓSIO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trindade CEP. O preceptor na residência médica em pediatria. *J Ped (Rio de J.)* 2000;76:327-8.
2. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares. *Boletim ABEM* 2001;29:9-11.
3. Brasil. Ministério da Educação. Portaria MEC/GM nº 2, de 4 de janeiro de 2001. Estabelece as diretrizes para o exame nacional do curso de Medicina para 2001. Brasília: Diário Oficial da União, 5jan.2001, seção I:11-12. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/nivemod/educsupe.shtm>. Último acesso em: 2/9/2002.
4. Brasil. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cfm.org.br>. Último acesso em: 7/2002.
5. França GV. Exercício legal e exercício ilegal da Medicina. In: _____. *Direito médico*. 5.ed. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1992. p. 51-60.
6. Gracia D. La profesión médica en el siglo XX: la sanidad y las profesiones sanitarias en el centro del debate social. In: _____. *Profesión médica investigación y justicia sanitaria*. Bogotá: Búho, 1999. p.35-6.
7. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Parecer nº 3, de 16 de janeiro de 1992. O médico residente e o preceptor são passíveis de responderem ética e juridicamente por atos realizados, sendo que, para tanto, cada instância judicante deve definir a responsabilidade a ser atribuída a cada membro da equipe pelo ato médico realizado. Disponível em: <http://www.cfm.org.br>. Último acesso em: 7/2002.
8. Hossne WS. Relação professor-aluno: inquietações, indagações, ética. *Rev Bras Educ Méd* 1994; 18:75-81.
9. Siqueira BP. A ética do estudante de Medicina. In: Assad JE, Liberal HSP, Freitas Jr HL, organizadores. *Desafios éticos*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1993. p.93-6.
10. França GV. Responsabilidade médica derivada. In: _____. *Op.cit.* 1992.p.235-7.
11. Miller G. Os objetivos da formação médica: ensino e aprendizagem nas escolas médicas. São Paulo: Editora Nacional, 1967. p.89-103.
12. Wuillaume SM, Batista NA. O preceptor na residência médica em pediatria: principais atributos. *J Ped (Rio de J.)* 2000;76:333-8.
13. Cataldo Neto A. *Estudantes de medicina: perfil, atitudes e tendências empáticas [tese]*. Porto Alegre: PUCRS, 1998.
14. Kipper AK. *Perfil dos hospitais universitários de Porto Alegre-RS [monografia]*. Porto Alegre: Escola Superior de Propaganda e Marketing, 2001.
15. Vinicky JK, Connors Jr RB, Learder R, Nash JD. Patients as “subjects” or “objects” in residency education? *J Clin Ethics* 1991;2:35-44.

16. Duarte DF. *Prioridades na educação médica. Anais do Vigésimo Quarto Congresso Brasileiro de Educação Médica*; 1986 Out 26-29; Florianópolis. Florianópolis: UFSC: ABEM, 1986. p.31-4.

17. Chaves M, Rosa AR. *Educação médica nas Américas. São Paulo: ABEM/CORTEZ, 1990.*

18. Pinto LF. *Reflexões sobre a crise de identidade na formação pediátrica. J Ped (Rio de J.) 1993; 69:125-32.*

19. Gonçalves EL. *A educação médica e a relação médico-paciente. Pediatría 1999;21:174-81.*

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

*Délio José Kipper
Hospital São Lucas da PUC-RS
Departamento de Pediatria - 5º andar
Av. Ipiranga, 6690
Jardim Botânico
CEP: 90640-000
Porto Alegre - RS - Brasil*