

Preparing medical students for the continual improvement of health and health care: Abraham Flexner and the new “public interest”

Preparando alunos de Medicina para o aprimoramento contínuo da saúde e da assistência à saúde: Abraham Flexner e o novo “interesse público”

Berwick DM, Finkelstein JA.

Acad Med. 2010;85(9 Suppl):S56-65.

Comentado por: Ana Maria Malik*

* Professora da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV) e do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA) – São Paulo (SP), Brasil.

Em 2010, o relatório Flexner, que teve grande influência sobre a educação médica durante todo o último século, completou 100 anos. Já naquela época, o autor afirmava que a educação médica não era um fim em si mesma. Segundo ele, quando o interesse público, as ideias profissionais e o processo de educação confluem é possível tomar novas decisões. Embora o conceito de interesse público tenha mudado nesse período, ele continua sendo fundamental na formação dos profissionais. A necessidade de mudanças drásticas é reconhecida pela Associação Americana de Escolas Médicas (AAMC), pelo Conselho de Acreditação para Cursos de Graduação de Educação Médica (ACGME) e a Fundação Carnegie. A Medicina continuará requerendo as tecnologias mais avançadas, seja para o tratamento de moléstias infecciosas, como há 100 anos, como para a revolução genômica de nossos tempos. No entanto, não é possível tratar esse conhecimento sem considerar o modelo de prestação de serviços.

Entre as limitações para a mudança estão: não se pode abrir mão dos conteúdos atuais que necessitam ser conhecidos pelos alunos; não se pode colocar conhecimento além do anterior/atual porque o tempo de formação já é insuficiente; não se deve permitir a continuidade do *status quo*.

Em primeiro lugar, é necessário conhecer as mudanças técnicas e sociais ocorridas nos últimos 100 anos. Em segundo lugar, é preciso identificar o interesse público do século XXI, ou seja, que mudanças na educação médica trarão os maiores benefícios para a saúde dos indivíduos e das populações. Flexner pode ser considerado mais catalizador de ideias reinantes que inovador, de fato; no entanto, ele conseguiu esclarecer alguns dos pontos mais críticos dos problemas da área.

A afirmação de que o médico é um instrumento social não era consensual à época nem o é atualmente. Freidson, um cientista social estudioso da profissão médica, assumia que o médico colocava o interesse do doente acima do seu, que ele tinha acesso a conhecimentos não disponíveis para leigos e que ele manterá (ou manteria) sua atividade em ordem. No entanto, o desenvolvimento da sua atividade como profissão liberal deve ter afastado o profissional das demandas sociais. Depois de 100 anos, a base científica continua sendo o fundamento dos tratamentos alopáticos e a incorporação tecnológica continua indispensável, apesar de o mundo estar extremamente mais complexo, com a interdisciplinaridade – pouco familiar à categoria – tomando um espaço cada vez maior. Da mesma forma, questões referentes à segurança na assistência vêm tendo importância crescente nas discussões do setor, além da efetividade, do cuidado centrado no paciente, da oportunidade do tratamento, da eficiência (redução de custos) e da equidade. Com isso, foi possível reduzir filas de espera, de mortalidade e de complicações cirúrgicas, entre outras. Os médicos são fundamentais para as mudanças, mas um bom médico não é mais suficiente para prestar um cuidado de qualidade, aumentando a necessidade de se perceber o setor como um sistema.

Atualmente, há programas de residência que incorporam o treinamento de liderança como parte da formação dos especialistas. A mudança deveria levar a excelência pessoal nas áreas técnica e humanista; ao domínio dos fundamentos científicos dos sistemas de saúde; e à participação e liderança em grupos de melhoria nas organizações. A melhoria, por sua vez, deveria ocorrer em oito domínios: conhecimento sobre usuário/consumidor; assistência médica como um sistema/processo; variação e mensuração; liderança, adesão e mudanças na assistência à saúde; colaboração; desenvolvimento de conhecimento local atualizado; contexto social e responsabilidade; compreensão sobre os conhecimentos e as habilidades necessárias. A Fundação Carnegie propõe que as mudanças se ocupem de: padronizar os resultados do ensino e individualizar seu processo; promover a integração; incorporar hábitos de investigação e de melhoria; focar a formação progressiva da identidade profissional do médico.

Atualmente, as escolas médicas costumam ser vinculadas a hospitais e sistemas de saúde, embora de maneira geral as ciências básicas sejam segregadas nos primeiros anos de formação, enquanto que, no internato, segregue a assistência, distanciando-se das preocupações em relação ao sistema de saúde. É difícil comprometer os estudantes se os estágios parecem atomizados em períodos curtos. A educação médica

deve ser longitudinal, multiprofissional e baseada no trabalho em equipe, além de considerar formas de envolver mais os pacientes no seu cuidado. Dessa forma, a educação médica desenvolveria a ideia do paciente como central em todas as circunstâncias; a consciência dos fatores econômicos, dos custos e da responsabilidade social; a redução do desperdício; a busca contínua da segurança; o compromisso com justiça e equidade na assistência e no estado de saúde dos indivíduos; a honestidade, a transparência e a abertura nas informações fornecidas; o trabalho em equipe e a responsabilidade dos profissionais em relação à demais categorias; a busca da saúde mais que da prestação da assistência e compromisso na identificação e correção dos comportamentos profissionais pouco adequados.

Eventualmente, segundo o autor, o médico formado com essas características não ficará desmoralizado, mas sim otimista; não será impotente perante o sistema, pelo contrário, poderá ser pró-ativo. Dessa forma, poderá servir melhor seus pacientes e a comunidade na qual estiver inserido.

Berwick, um dos autores mais conhecidos da área de qualidade em saúde e ex-professor de Pediatria e de Políticas de Saúde da *Harvard Medical School*, faz, nesse artigo, uma análise “politicamente correta” do futuro da educação médica, dificilmente implantável no curto prazo nos EUA, na Europa e/ou no Brasil. No cenário brasileiro, a proliferação de escolas médicas, apontada sem que ocorram mudanças nessa tendência no país, têm levado os alunos das faculdades consideradas as melhores a procurar áreas que utilizam tecnologia de ponta ou, quando se fala em áreas de assistência, as que lhes permitam manter o *status* de profissionais liberais. Em média, não existem atrativos no setor público, além da perspectiva de estabilidade e de aposentadoria. O interesse dos profissionais, enquanto indivíduos, não pode ser desprezado, o que tem a ver com o que eles esperam de sua profissão, de por que eles foram procurar essa carreira. No entanto, há que se pensar no futuro da profissão, no cenário que espera os médicos depois de 2020, no papel de todos os demais profissionais do setor, sem os quais hoje já é difícil prestar uma assistência de qualidade e, em 20 anos, cabe imaginar que isso será impossível. Cem anos depois de Flexner, cabe refletir mais sobre “o que” é ensinado nos cursos médicos do que o “como” ocorre a relação ensino/aprendizado.

Individualized high-dose cabergoline therapy for hyperprolactinemic infertility in women with micro- and macroprolactinomas

Tratamento da infertilidade por hiperprolactinemia com doses altas e individualizadas de cabergolina em mulheres com micro e macroprolactinomas

Ono M, Miki N, Amano K, Kawamata T, Seki T, Makino R, et al.

J Clin Endocrinol Metab. 2010;95(6):2672-9.

Comentado por: Nina Rosa de Castro Musolino¹, Rafael Loch Batista²

¹ Doutora; Professora Colaboradora e Médica Supervisora do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo (SP), Brasil.

² Endocrinologista da Divisão de Neurocirurgia Funcional do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo (SP), Brasil.

Neste estudo, o objetivo dos autores foi determinar a eficácia e a segurança da cabergolina na indução de gravidez em mulheres com infertilidade por prolactinomas. É muito bem estabelecido o papel dos agonistas dopaminérgicos na hiperprolactinemia, tumoral ou não. Dentre eles, a cabergolina é a droga de escolha devido à sua maior eficácia e tolerabilidade. No entanto, seu uso em pacientes que desejem engravidar ainda é controverso, e a taxa de gestação induzida pela cabergolina em mulheres com prolactinomas permanece desconhecida. Além disso, outros inconvenientes seriam a resistência à cabergolina, descrita em até 24% dos pacientes tratados, e o risco potencial de crescimento de macroprolactinomas na gravidez.

Os autores acompanharam prospectivamente 85 mulheres em idade fértil, 29 com macroprolactinomas (MAC) e 56 com microprolactinomas (MIC) tratadas com doses altas e individualizadas de cabergolina, com ajuste rápido realizado a cada 2 a 4 semanas, e dose máxima pré-fixada em 3 mg diários, com o objetivo de restaurar a fertilidade. Do total das pacientes, 36% haviam demonstrado resistência; 38%, intolerância a tratamento prévio com bromocriptina; e 26% eram recém-diagnosticadas. A concepção foi evitada em todas as pacientes até a obtenção de três ciclos menstruais regulares e, nos macroadenomas, até a redução do tumor para altura máxima de 1 cm. Em todos os casos, a cabergolina foi retirada na quarta semana gestacional.

O tratamento com dose média de 2,29 mg/sem, com variação de 0,25 a 9,0 mg/sem, permitiu normalização da prolactina em todas as pacientes. Durante o período de 6 a 24 meses de tratamento, 29 MIC e 11 MAC desapareceram, e os todos os demais MAC reduziram para menos de 1 cm de altura. Das 85 pacientes, 80 tiveram 93 gestações em cabergolina. Destas, 83 resultaram em nascidos vivos saudáveis e sem malformação, 1 natimorto, 2 abortos (um induzido) e 7 pacientes ainda estavam gestando na con-