

Erro e Prática em Educação Médica

JOÃO GOMES-PEDRO

Departamento de Educação Médica da F.M.L.

Resumo

O A. elabora uma reflexão sobre o erro em Educação Médica, porventura possível de ser identificado como iatrogénico no acto da Educação. Em Educação Médica, o A. considera que o erro está, quase sempre, ligado à planificação e à organização das estratégias. Neste contexto, é clássico saber-se que poucas vezes estão as necessidades de saúde coerentemente cobertas pelos objectivos elaborados em função de um determinado plano educacional.

O A. exemplifica a necessidade de introduzir o ensino-aprendizagem dos valores e atitudes a par da aquisição das competências técnicas.

É ainda nesta perspectiva que o A. aponta para a importância do médico estar atento à comunicação com a pessoa e aos primeiros sinais de disfunção da comunicação da pessoa, sobretudo quando doente.

Palavras-chave: Erro; Iatrogenia; Educação Médica; Comunicação.

Summary

The A. reflects upon error in Medical Education and upon its iatrogenic nature in the process of Education.

The A. considers that error in Medical Education is, almost always, related to planning and organization of strategies. In this context, it is well known that health needs are not taken into account when objectives of a given educational programme are organized.

The A. enhances the need to introduce teaching / learning of values and attitudes, as well as technical skills.

In this context, the A. points out the importance of the doctor being attentive to communication and of being aware of signs of disfunction in communication, specially when the individual is ill.

Key-words: Error; Iatrogenic; Medical Education; Communication.

Iatrogenia, na «Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira», é a «designação por que são conhecidas certas perturbações provocadas num doente, mediante auto-sugestão baseada no exame clínico, nos modos de abordagem ou na discussão do caso, por parte do médico». Assim, por analogia, iatrogenia em Educação Médica terá que ver com os erros que nós próprios, Professores por profissão e Educadores por dever de princípio, cometemos no dia-a-dia do nosso mister.

Se o grau relativo de iatrogenia em Medicina é, quase sempre, mal avaliado e ponderado, poder-se-á dizer ainda com mais razão que a iatrogenia em Educação Médica é completamente desprezada.

Na prática médica, é quase sempre associado o precalço iatrogénico ao erro terapêutico quando, na maior parte das vezes, o erro está sobretudo na pequena falha semiológica que conduz ao desaire diagnóstico, ou no pouco zelo e apoio psicológico, sobretudo quando estão em causa grandes cambiantes de sistemas de vida para o doente, atitudes perante a morte ou, ainda, opções a assumir durante uma convalescença ou uma sequência de vida em que se tornam necessárias mudança de hábitos, de valores e de decisões.

Mas que dizer da prática da Educação Médica? A iatrogenia, tantas vezes associada ao acto pedagógico, tem de facto pouco a ver com essa maior ou menor mestria da arte da Educação ligada à expressão científica do exercício médico.

A iatrogenia em Educação Médica é, fundamentalmente, o apanágio da impreparação na planificação, a desadequação da estratégia, o absurdo na organização. Georges Miller ⁽¹⁾ acha curioso que muitos dos acontecimentos mais significativos da nossa vida não sejam precedidos de qualquer preparação ou planificação cuidada. Os exemplos porventura mais ilustrativos deste conceito dizem respeito ao crescimento e ao processo de génese familiar quando da procriação. Na maior parte das vezes, as decisões envolvidas naqueles acontecimentos passam por lampejos emocionais assumidos muito numa evolução de factos, hábitos e tradições e pouco na reflexão e na elaboração racional.

Para o mesmo autor, ser Assistente ou Professor numa Faculdade de Medicina terá sido, através dos tempos, assumido na perspectiva do prestígio pessoal, de acréscimo académico numa vida profissional, no favor ou sucedâneo numa colaboração a um Mestre-Patrão, na complementaridade de uma função assistencial ou de investigação ou, ainda, na estratégia para um sucesso carreirista ou financeiro.

Obviamente que todos conhecemos os exemplos de quem foi e é Professor por vocação, por vontade de se cumprir num ideário, enfim, por gosto. Mas, de facto, para a grande maioria,

quem delibera preparar-se como Educador ao assumir-se como Docente ou responsável em Educação Médica, consciencializando que essa preparação exigirá, para além de factores naturais de devoção, um labor de programação igual ou maior aquele que foi necessário à sua própria diferenciação científico-profissional?!

Educação é, ainda, uma «soft-science» para muitos dos Professores de Medicina, e aquilo que só minimamente acrescenta ou diminui algo às virtudes científicas de cada um. A verdade, porém, é que a missão de educar não poderá mais ser um mero passatempo de amadores susceptível de comprometer gerações e gerações, não só de futuros médicos mas, sobretudo, de futuros potenciais educadores.

Holmes ⁽²⁾, um dos primeiros Educadores Médicos, expressava-se assim, já em 1892: «É um facto doloroso constatar que a Educação Médica nas nossas Faculdades esteja desprovida de qualquer filosofia e servida de meios lamentavelmente inadequados: o que de facto é preciso para melhorar a Educação nas nossas Escolas Médicas é a anexação ao nosso corpo habitual de professores de um número de instrutores com funções comparáveis às dos tocadores de bombo do exército». Com efeito, das poucas utilidades reconhecíveis no tempo imposto de serviço militar aos nossos jovens, nos alvares do Séc. XXI, o bombo terá decerto a primazia. É ele um marcador de ritmo, um programador de gestos, um detonador de atitudes que para muitos hoje se identificam com o reconhecimento do absurdo e da incongruência.

A imagem do bombo para Holmes era, decerto, a representação da necessidade, em termos de uma Educação coerente, de uma programação, de uma marcação de ritmo, de um alinhamento por estímulos.

Harden ⁽³⁾ levanta dez questões fundamentais a ter em conta sempre que se elabora um programa de Educação Médica, mais tarde assumidas como sugestões na Declaração de Edimburgo ⁽⁴⁾ e que constato serem dez exemplos potenciais de iatrogenia em Educação Médica, se for desadequada a sua formulação. Referir-me-ei a três delas apenas. A primeira dessas questões diz respeito à avaliação das necessidades e indicadores de Saúde, os quais sempre que não são avaliados e assumidos correctamente constituem desadequações comprometedoras de todo um programa educacional.

Esta avaliação é suposta dever incluir as realidades universais em contraponto ou em associação com as regionais. A não observância deste princípio em Educação Médica poderá criar uma deformação iatrogénica no conceito e nos horizontes da Saúde num mundo que inviabiliza qualquer análise profunda e realista das prioridades de prevenção e intervenção nessa Saúde.

Estas prioridades, como sabemos, não são assumidas.

A título de exemplo e em termos de Saúde global, os cinco factores fundamentais de prevenção identificados como protectores do coração e da vida, se assumidos correctamente – stress, tabaco, álcool, actividade física e alimentação adequada – estão longe de figurar em planos de educação que atinjam a criança e os adultos num envolvimento combinado de motivação e de sensibilização, o que julgo em parte devido também a deficiências ocorridas nas três fases de Educação Médica.

Iatrogenia em Educação Médica será, assim, porventura, não só a omissão mas também o enquadramento das prioridades.

A segunda das questões susceptível de iatrogenia em Educação Médica diz respeito ao estabelecimento das metas e objectivos quando se trata de elaborar um programa de Saúde.

Num contexto global, toda a estratégia e planificação curricular tem de estar identificada e subordinada às necessidades em Saúde identificadas pelos indicadores que há pouco considerámos.

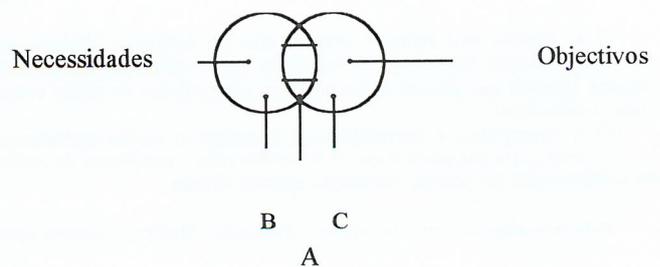


FIGURA 1

Na figura 1, está representada, em esquema, a relação global entre necessidades e objectivos. A área A representa, neste esboço, as necessidades identificadas e que foram cobertas pelos objectivos formulados. As necessidades que foram identificadas mas que não foram enquadradas nos objectivos ocupam a área B. A área C, por outro lado, corresponde a objectivos elaborados que não têm qualquer correspondência com as necessidades reais.

Num programa correctamente elaborado, os dois círculos estarão sobrepostos e toda a área a tracejado será a área A, revelando, então, uma total sintonia no programa educacional. O afastamento ou a mera tangencialidade dos dois círculos é um sinal de iatrogenia em Educação, que torna obviamente desadequado, em função da realidade, todo e qualquer programa de Educação Médica.

Apenas a título de exemplo, direi que a Educação Médica não estará, entre nós, a integrar nos seus objectivos globais o ensino-aprendizagem de uma prática profissional subordinada à compreensão dos valores do humano e da comunicação que o progresso científico hoje implica.

Nesta mesma óptica, não se vislumbram, também, quaisquer objectivos que visem preparar o estudante e, numa fase posterior, o médico para o significado do stress da criança, do homem e da mulher de hoje, para as estratégias da sua prevenção e para as decisões em como intervir para minorar os seus efeitos.

Uma terceira e última questão que anunciei tratar, potencialmente iatrogénica em termos de Educação, diz respeito à organização dos conteúdos, qualquer que seja a fase de Educação Médica a considerar.

Citarei, a título de exemplo, duas valências de formação essenciais na organização de conteúdos a incluir num programa

de Pós-graduação Médica. Por um lado, é esta uma oportunidade crucial para o profissional de Saúde consolidar a sua aprendizagem no que se refere à aplicação correcta das atitudes e dos valores essenciais da prática médica, nomeadamente em tudo que respeita à relação e comunicação do médico com o doente, com as famílias, com os outros técnicos de Saúde, e agentes comunitários, ao mesmo tempo que começa a reflectir sobre as suas próprias limitações no exercício da arte médica.

Para um médico, de facto, o conhecimento e a aquisição de competências técnicas, por si só, não são suficientes para lhe permitir exercer Medicina. A aprendizagem dos valores e atitudes tem de ser obtida a partir de oportunidades de reflexão sobre os próprios sentimentos e ideias do estudante em confronto com as necessidades, sentimentos e temperamento dos outros.

O respeito pelo temperamento e personalidade do doente, pelas características culturais de uma população, pela ecologia e desenvolvimento social de uma determinada comunidade, aprende-se e desenvolve-se com metodologias similares às do ensino-aprendizagem das técnicas. Com efeito, se bem que toda a gente saiba que os factores psicológicos e comportamentais podem influenciar a Saúde e a sua evolução, os médicos e, de uma forma ainda mais significativa, as Faculdades de Medicina têm, tradicionalmente, encarado estas matérias como menos científicas, deixando assim a sua investigação e as intervenções subjacentes relegadas para outros profissionais porventura menos preparados e menos vocacionados para a clínica do indivíduo enquanto ser não só biológico mas também afectivo e social.

Na perspectiva de um modelo transaccional de Educação, tornam-se relevantes novos modelos de atitude face ao humano, o que inspira, em paralelo, novos curricula correspondentes.

A verdade, porém, é que a pedagogia clínica tradicional não inclui este tipo de ensino-aprendizagem nos seus programas. A Educação Médica clássica sempre pôs em evidência a doença, diagnosticada no indivíduo, certamente, mas com a consequente terapêutica dirigida à doença e não a esse mesmo indivíduo. Mais, os nossos estudantes não aprendem uma semiologia das relações, um diagnóstico das relações ou das interações das pessoas, uma terapêutica centrada num modelo transaccional. E, contudo, estamos cientes de que no nosso mundo, onde acordamos e adormecemos com notícias sempre novas que contam as evoluções tecnológicas e os milagres económicos, aquilo que de facto é dominante para o bem-estar do indivíduo e da comunidade, para esse bem-estar que entra numa redefinição de Saúde em que todos teremos de acreditar, aquilo que mais conta, dizia, são as relações afectivas e sociais.

As expectativas que continuamente fazemos de nós próprios e dos outros mais os diálogos que travamos connosco mesmo são, sistematicamente, influenciados, entre outros, pelas emoções que experimentamos nas nossas relações quotidianas. Só muito recentemente a investigação científica consolidou a perspectiva de que o comportamento individual está profundamente enraizado no comportamento social, estando, assim, todo o desenvolvimento individual dependente das ligações interpessoais. O suporte científico desta realidade tão óbvia é, de facto, muito recente e por isso não aparece ainda como capítulo nos nossos tratados de Medicina.

O modelo patológico da Educação Médica baseou-se na crença de que a identificação de entidades somáticas conduz à caracterização de síndromas ou doenças bem definidas. Neste modelo, cada indivíduo é entendido como contendo sobretudo um eu biológico e só eventualmente um eu comportamental.

Três ecos derivam deste modelo:

- a) a mesma causa determinará a mesma doença em todos os indivíduos, sejam eles crianças ou adultos;
- b) os mesmos sintomas, mesmo em idades diferentes, têm a mesma causa;
- c) disfunções patológicas da criança condicionarão disfunções afins no adulto.

A diabetes é um exemplo de doença que engloba este modelo. Assim, todos os indivíduos que têm um determinado grau de deficiência insulínica apresentarão sintomas semelhantes, independentemente da idade; se um indivíduo apresentar sintomas de poliúria, polidipsia e problemas de desequilíbrio no seu peso ou crescimento, é provável que a causa seja diabetes; por último, se um indivíduo enquanto criança surge com diabetes, ele continuará a ser diabético quando adulto.

Ora é precisamente porque a pessoa humana é um ser que funciona integradamente com os seus sistemas biológico, psicológico e social que muitas das suas doenças não se encaixam no modelo que apresentei.

Uma simples varicela ou um sarampo tem uma história natural e riscos completamente distintos em função da idade do indivíduo. Por outro lado, há muitas crianças que não crescem apesar de terem uma alimentação equilibrada com bom suporte vitamínico. Elas não crescem porque não são amadas e, assim, o seu desenvolvimento afectivo domina toda a sua evolução biológica. Ainda, por outro lado, a febre é um sintoma que pode resultar de milhares de causas diferentes e hoje sabemos que uma delas, tanto para a criança como para o velho, por exemplo, pode ser o alguém sentir-se só. Apenas isto.

Os sistemas de organização intrínseca de cada indivíduo têm de ser equacionados em função do amiotipo que envolve cada pessoa.

Não apreender a regulação destes sistemas é uma das circunstâncias iatrogénicas mais penosas da nossa actual Educação Médica.

Temos hoje a evidência científica dos sinais de ruptura que provêm desta lacuna. Voltando ao que há pouco afluímos, a ruptura é sobretudo manifesta nos sistemas de comunicação com que interagimos uns com os outros.

Comunicação pressupõe interacção. Mesmo antes de entrarmos num diálogo efectivo, sentimo-nos, em comunicação interactiva uns com os outros e, porventura subconscientemente, o professor modela a sua voz, de acordo com as reacções que sintoniza nos olhos dos alunos, nos movimentos das suas cabeças ou dos seus braços.

Comunicação interactiva poderá ser definida como um processo através do qual dois ou mais actores co-orientados para um determinado objectivo, transmitem informações de um modo mutuamente contingente graças às configurações de sinais nos múltiplos canais dessa comunicação expressa sobretudo a partir de códigos verbais e não verbais.

A comunicação não verbal engloba indubitavelmente a antropologia, a etiologia e a psicologia do afecto. Inserindo-se hoje na chamada zoosemiótica, ela vai, em termos de evolução, desde os processos da comunicação celular até aos domínios mais sofisticados da linguagem humana. Nesta zoosemiótica, temos de estar atentos aos sinais e aprender as múltiplas expressões dos vários canais da comunicação.

Onde aprendemos nós a apercebermo-nos das minimamente subtis variações de expressão de alguns destes canais?

Façamos uma pequena abstracção, tomando como exemplo a flexão lateral da cabeça que é, como todos sabem, um sinal de comunicação não verbal extremamente significativo. Desde as idades mais precoces que uma flexão lateral da cabeça voltada para um parceiro faz implicar uma resposta interactiva deste parceiro. Quem não experimentou já isto, num autocarro, no metro, ou em qualquer reunião social?

Todos nós, de qualquer modo, teremos a experiência destas atitudes motoras de solicitação por parte das crianças que, ao inclinarem, por exemplo a cabeça para um lado, vão condicionar instintivamente uma resposta interactiva do parceiro visado.

Num outro prisma, já teremos reparado na inclinação da cabeça em muitas obras de pintura e escultura, clássicas ou não, ou ainda no cuidado com que os bons realizadores de cinema dirigem os seus actores em termos de posicionamento das suas cabeças, sobretudo nas cenas mais significativas, em função das suas mensagens ou narrativas.

As pequenas diferenças são por vezes tudo, em Educação.

As pequenas diferenças que não ensinarmos podem gerar iatrogenia na formação dos nossos estudantes e, numa reacção

em cascata, esta iatrogenia vai gerar novas iatrogenias, nomeadamente na relação médico-doente.

Temos de estar atentos aos primeiros sinais de disfunção da comunicação. Temos de estar conscientes de que as perturbações da comunicação da criança, do homem e da mulher adultos não representarão apenas uma disfunção ou uma falência do seu sistema individual de comunicação, mas também, obrigatoriamente, uma falência de todo o seu sistema familiar.

Teremos de reaprender, em cada dia, a estar disponíveis para acreditar que cada coisa é aquilo que nós (porque cada um de nós tem de ser um, situado num plural) quisermos que seja, em cada momento e em cada determinado estado de espírito e que cada outro e o mundo são os nossos parceiros interactivos.

Ajudar a reconhecer o que cada um quiser que cada coisa seja, através do conhecimento, da criatividade, da descoberta de soluções, é Educação. O contrário é imposição, é absurdo, é autismo, é, em suma, iatrogenia.

É neste contexto que estou em crer que a prevenção da iatrogenia em Educação Médica é uma prioridade e um dever para os que se sentem e se assumem como Educadores, nas Faculdades de Medicina e não só.

BIBLIOGRAFIA

1. Miller GE. *Educating Medical Teachers*. Cambridge: Harvard University Press, 1980.
2. Holmes B. *The Progress of Medical Education*. *JAMA* 1899, 33: 1567-70.
3. Harden RM. Ten questions to ask when planning a Course or Curriculum. *Med Educ* 1986; 20: 356-65.
4. Declaração de Edimburgo. Texto não publicado.