

Educação médica baseada em competências e a integração ensino-assistência

Competency-based medical education and teaching-care integration

Sergio Mota da Silva Júnior¹

1. Professor do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás- Unievangélica, mestrando em ciências da saúde pela Universidade Federal de Goiás.

A educação médica ocidental se estabelece em meados do século XI, com a escola de Salerno. A formação demandava preparação prévia antes dos cinco anos de estudo e um ano prático, que seria hoje o internato. Aos alunos aprovados era fornecida uma licença para o exercício profissional. Em Salerno surge a ideia de manuais de referência, da instrução, da visão terapêutica e o conceito da necessidade de organização de um currículo. Com o tempo, o método avança e novas escolas surgem no ocidente. Elementos da cultura grega e árabe influenciaram o modelo de ensino médico à época, em um ambiente cosmopolita.

Após o renascimento e em alinhamento com as transformações sociais, ocorre maior estruturação curricular para adaptação à nova realidade mundial e seus respectivos sistemas de saúde. Nos EUA houve expansão de escolas médicas e extrema variabilidade doutrinária na formação. A abordagem pelo grupo de Flexner em 1910, conhecida como relatório Flexner, é considerada a responsável pela reforma das escolas de medicina no início do século XX nos

EUA, influenciando o mundo. Apesar de alguns dados históricos controversos, a ação gerenciada por Flexner resultou na formatação curricular por disciplinas, ordenação básica e clínica, sempre com foco científico. Inúmeras escolas médicas que não demonstraram padrão de qualidade agora estabelecido pelo status quo foram fechadas. Enquanto isso, Willian Osler foi defensor do ensino à beira leito, posicionando médicos residentes e estudantes em contato direto com pacientes, sob supervisão docente. O papel de Osler foi muito importante no desenho do ciclo básico e clínico, da prática hospitalar e da residência médica como continuidade do aprimoramento acadêmico.

Em seguida à consolidação do modelo de Flexner, surgem duas inovações, sendo uma didática, conhecida como aprendizagem baseada em problemas ou “Problem Based Learning” (PBL) e outra teórico-clínica, denominada medicina baseada em evidências ou “Evidence Based Medicine” (EBM). A priori, representaram “novo fôlego”, numa evolução positivista da educação médica, na qual o objetivo central seria a formação de um

profissional com maior capacidade crítica e reflexiva, além de mais sensível às necessidades humanas e cientificamente mais embasado. A estratégia PBL se propôs a renovar o ensino médico. Metodologias adjuntas surgiram, na busca pelo aprimoramento escolar. A problematização, entretanto, não demonstrou evidência definitiva de maior eficiência em relação ao método de Flexner. Em paralelo, a medicina baseada em evidências se manifestou inofismável, com aplicação da estatística para validação do conhecimento e na busca pela informação científica de maior qualidade.

É indiscutível que PBL e EBM ampliaram a visão acadêmica após a reforma Flexner, trazendo muitos avanços, reordenando processos de ensino, desenvolvendo a pesquisa clínica e organizando o conhecimento como um todo. Porém, analisando o contexto, o dilema do distanciamento entre ensino e assistência é um dos principais pontos de questionamento do resultado da reforma liderada por Abraham Flexner. E, como consequência, ao se direcionar esforços para avaliação da aprendizagem e consolidação da educação baseada em conhecimentos, educadores pelo mundo começaram a se perguntar se este modelo seria suficiente para formar médicos competentes. Rapidamente, a comunidade científica percebeu a necessidade de aprimoramento médico no desenvolvimento de capacidades profissionais confiáveis para resolução de tarefas, ao invés da formação estruturada predominantemente em conteúdo. Ou seja, da evidência científica em

diante, quais ações deveriam ser efetuadas para que o conhecimento acadêmico se transformasse em resultados observáveis e mensuráveis na prática clínica? Ainda, como treinar futuros médicos para serem capazes de atuar com maior autonomia no gerenciamento e resolução de situações clínicas gerais? Por fim, o que significa ser um profissional competente?

Por volta dos anos 2000, centros de estudo do tema perceberam que seria necessário uma nova estrutura de formação, cunhando o termo Educação Médica Baseada em Competências ou “Competency Based Medical Education”(CBME). Após quase 25 anos de trabalho, países de excelência no ensino médico como Holanda, Canadá, EUA e Reino Unido ainda caminham no desenvolvimento do método. Fato que, de certa forma, é reconfortante pois fica claro que CBME não é um checklist de normas, regras ou ações de conformidade curricular. CBME deve ser compreendida como doutrina de formação médica e aplicada ao contexto cultural de cada grupo ou comunidade acadêmica. E a história agora põe à prova a famigerada reforma Flexner e o currículo CBME, sendo aqui o momento em que a reaproximação do ensino e assistência não é apenas adequada, mas necessária. Ao conectar a ideia de desfechos e cenários de aprendizagem é preciso compreender a importância da integração ensino-assistência como alicerce para o desenvolvimento de competências.

Muito se discutiu concernente a este novo modelo, com críticos se referindo a uma possível padronização na estrutura de formação baseada em competências e engessamento da autonomia do aluno. Em contraponto, podemos dizer que CBME não é apenas um método de gerenciamento externo da aprendizagem, mas sim uma filosofia de formação que pode ser adaptada a diversas realidades e cenários. O grande desafio que se segue não seria, agora, sua aceitação pela comunidade acadêmica global, mas em como desenvolver e implementar novas matrizes curriculares. Tamanha tarefa se apresenta, por exemplo, pois ao se aplicar taxonomias e outras ferramentas para descrição e classificação dos domínios de competências e suas respectivas subdivisões, tal ação se desdobra em extenso checklist de requisitos, resultando em difícil ordenação do ensino e avaliação. A complexidade operacional, enorme dispensação de energia e custos elevados seriam consequências que dificultariam iniciativas CBME. Ou seja, se de um lado a doutrina CBME se apresenta como potencial formativo transformador com impacto em desfechos, de outro, apresenta se impraticável por gerar inúmeras tarefas a serem trabalhadas individualmente. A ideia de desenvolver e avaliar competências se tornaria um trabalho árduo na estruturação de um currículo CBME para uma ou mais turmas e praticamente impossível para um programa formativo.

Apesar do desafio, núcleos de educadores médicos pelo mundo absorveram a ideia e avançaram na concepção CBME, iniciando pela busca da reformulação curricular em programas de residência médica. O tema tem sido muito estudado, igualmente ao que foi o PBL por décadas. A expectativa é o amadurecimento e validação do que os especialistas denominam de estrutura CBME e que esta seja eficaz na consolidação do método. Ainda, pelo fato já descrito da prática CBME atuar nos desfechos em saúde, espera se que esta resulte em maior benefício para a comunidade. De outro modo, um dos pontos sensíveis é a ideia de que, ao se estruturar, implementar e auto avaliar um currículo CBME, este não demonstre melhores resultados, sendo postulado que tal falha seria um viés em seu desenho, representando erro na forma de implementação ao invés de ineficiência do método.

A assistência à saúde hoje tem voltado sua atenção à visão de acreditação, na busca pelos princípios de segurança, qualidade, entrega de valor e experiência do paciente. Neste prisma, é recorrente ainda a percepção do distanciamento entre a constante busca pelo aprimoramento da assistência hospitalar prestada à sociedade e muitos centros formadores, nos quais o foco principal do egresso é o desempenho em testes psicométricos. Neste modelo amplamente difundido, predomina como objetivo tácito a aprovação em processos seletivos em

detrimento de treinamentos para o aprimoramento de competências. Paradoxalmente a esta visão dicotômica e bastante prevalente em um país com mais de 350 escolas de medicina e com a perspectiva de formar 50 mil médicos a cada ano, encontramos também experiências extremamente exitosas em que centros hospitalares qualificados expandiram como instituições de ensino em saúde integrando, naturalmente, estruturas nascentes de formação multidisciplinar na graduação e pós graduação (Ex. escolas de medicina, enfermagem, residência médica, residência multiprofissional ou treinamentos avançados) a processos de excelência operacional já existentes na assistência ao paciente. São modelos de referência em saúde que cultivam a prática hospitalar segura, em linhas de cuidado, com a visão do fluxo de valor e onde o desenvolvimento de times multiprofissionais de alta performance já são requisitos consolidados pela institucionalização e profissionalização dos núcleos de gestão da qualidade e segurança do paciente. Cabe aqui a ampliação da visão onde a integração ensino e assistência oportunizaria cenários mais favoráveis ao desenvolvimento de competências nos transpondo a uma era de formação pós psicométrica, cujo desenvolvimento de habilidades e atitudes teria maior peso em relação ao domínio cognitivo da aprendizagem.

Em suma, a história da educação médica atravessou períodos necessários ao amadurecimento. A priori, se a ordenação

teórica aplicada ao rigor científico e a formalização curricular inicialmente trouxeram ganhos, resultaram em saturação do modelo e distanciamento entre este mesmo ambiente acadêmico e os cenários assistenciais. A causa provável deste fenômeno foi o currículo processual, onde a aquisição da informação é, como já dito, o objetivo predominante. Ao sintetizar o que significa a educação baseada em competências, sua premissa é o treinamento baseado em desfechos, onde o conhecimento se torna um meio para o desenvolvimento de capacidades profissionais que resultem em melhores resultados. Muitos esforços têm sido feitos para demonstrar o potencial do método CBME na prática clínica. Neste contexto, é fundamental a análise e aprimoramento dos cenários de prática na perspectiva da integração ensino-serviço, avaliando suas necessidades de reconfiguração para o real e efetivo exercício de seu papel formativo, alinhando os ao modelo CBME, de modo que a conexão entre assistência à saúde e academia se desenvolva continuamente com foco na formação de médicos cada vez mais competentes e que correspondam às expectativas necessárias em saúde, em juízo sintético a posteriori.

Forma de citar este artigo: Silva Júnior SM. Educação médica baseada em competências e a integração ensino-assistência. Rev. Educ. Saúde 2022, 10(1): 1-4.