

As Faculdades de Medicina e os Hospitais de Ensino

Antonio Bugalho

Médico Hospitalar Consultor

4 de Junho de 2017

Em princípio todas as Faculdades de Medicina têm o objectivo de formar bons médicos, e um Hospital de ensino também. Embora os objectivos sejam os mesmos, há uma série de factores que influenciam estes mesmos, principalmente as questões financeiras, onde cada uma destas instituições tenta proteger os seus próprios interesses⁽¹⁻⁵⁾. Isto leva a que, ao se protegerem financeiramente de forma independente, elas deixam de ser guiadas pelas suas responsabilidades nucleares de cuidados aos pacientes, treinamento e investigação^(4,5). No entanto, nestes casos de instituições com governações independentes, os hospitais de ensino, devido a outras responsabilidades como educação de residentes, supervisão, cuidados aos pacientes e sua satisfação e outras, tem um poder monopsonico (“único comprador”) sobre a faculdade de medicina⁽⁷⁾. Porque uma faculdade de medicina precisa do hospital para os professores exercerem as suas actividades, para dispensar treino clínico e para investigação, esta submissão é inevitável. Esta separação de instituições é infeliz, principalmente numa época em que se levantam preocupações crescentes acerca da prestação dos sistemas de cuidados de saúde^(8,9). Nestas preocupações estão incluídas a variabilidade dos custos – benefício dos cuidados, a falta de correlação entre o que se gasta e os resultados, e os riscos significativos associados a eventos adversos nas admissões hospitalares^(10,11).

Já foi estudado ,que muitos destes problemas, nascem de vários factores de interacção entre estas duas instituições, faculdade e hospital^(12,13), principalmente porque estas interacções obrigam a sistemas complexos de adaptação que não são facilmente compreendidos dentro de uma hierarquia tradicional e transparente⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Para enfrentar estes desafios tem sido sugerido, que novas abordagens são necessárias, por parte de organizações profissionais e lideranças, e que a educação clínica deve acompanhar “pari passu” a qualidade e segurança dos pacientes, hábitos de treino em trabalho de equipe e técnicas de simulação que foram empregues em outras áreas. Novos modelos de trabalho e estruturas organizacionais devem emergir rapidamente, para substituir ou suplementar aquelas que já não são suficientes para cumprir as tarefas, ou melhor dizendo “já deram o que tinham para dar”⁽²⁷⁻²⁹⁾.

Embora a estrutura e cultura de ensino médico das faculdades e dos hospitais seja diferente, entre elas existe muito em comum. Cada faculdade de medicina deve estar ligada a um hospital para ensinar os seus alunos, para conduzir pesquisa e providenciar o seu corpo clínico com meios de praticar as suas profissões. O que varia em diversos cenários nas sociedades é a estrutura destes relacionamentos entre instituições. A faculdade de medicina pode ser a “dona” do hospital, o hospital pode ser o “dono” da faculdade de medicina, ou nenhum é dono do outro. As administrações dos hospitais não prestam contas às autoridades das faculdades e vice-versa. Todos estes assuntos têm sido estudados em países desenvolvidos , mas na nossa realidade sub-sahariana , os estudos são escassos com excepção de Universidade de Makerere em Kampala que tem estudado a sua relação com o Mulago Hospital também em Kampala, Uganda.

A introdução que consta do parágrafo anterior é extraída de um artigo da autoria de Alysius Mubuuke et al, em Educ Health (Abingdon),2015⁽³¹⁾.

Nos nossos casos o Estado detém a governação de todos os hospitais passíveis de conduzir ensino de medicina, isto é de hospitais de ensino, e também detém a governação das faculdades de medicina estatais, mas em ministérios diferentes, os hospitais sempre foram da governação do Ministério da Saúde, e as Faculdades de Medicina Estatais (Universidades) foram da governação do Ministério de Educação, e agora são do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Recentemente algumas faculdades de medicina são de governação privada, mas os hospitais são todos do Estado.

Tendo sido tentado várias vezes, em toda a região, está claro que não há dinheiro suficiente para uma faculdade construir o seu próprio hospital universitário.

Usando a experiência e a consulta de colegas que têm acompanhado o ensino da medicina no nosso País, nesta abordagem que apresento, reparamos que à medida que as necessidades assistenciais dos hospitais aumentaram e as exigências também, o quadro também aumentou, subindo cada vez mais de nível, e a “lua de mel” faculdade/hospital, foi acabando, pois quando o número de profissionais era escasso, as pessoas coincidiam nas duas instituições.

Os números de estudantes também aumentaram e os espaços e número de camas não aumentaram. Os professores directores de departamentos académicos, também eram directores de departamento no hospital, e agora já não são. O director da faculdade de medicina era alguém que, ou pertencia à direcção do hospital ou tinha acesso fácil à direcção, e agora já não é assim. Os directores e as hierarquias na faculdade são estabelecidas por categorias académicas e apontados ou por concurso ou por conselho, os directores dos serviços e departamentos no hospital são apontados pelo director do hospital e muitas vezes por orientação de conveniência superior. Há duas Comissões Científicas separadas para aprovação de protocolos de investigação, uma no hospital outra na faculdade, e já houve recentemente duas comissões de ética. Os curriculums da faculdade são sucessivamente elaborados com as orientações de quem financia e acha que é preciso uma nova revisão curricular, em poucos anos já foram três ou quatro, os curriculums das residências médicas nos hospitais são elaborados pelos pares (colégios). As competências nucleares necessárias e comuns exigidas aos residentes, e que são aquelas pelas quais se orienta o treino do dia a dia com o paciente, não estão em sintonia com os da faculdade, por essa mesma razão. Nas enfermarias, nas consultas e no dia a dia do paciente, o aluno, e muitas vezes o residente, se formos pelo mesmo caminho, debate-se com a difícil ginástica de ouvir que: “eu não sou teu professor, pergunta aquele que é da faculdade”, “ eu não sei, pergunta ao teu professor que é doutorado”, e de tudo isto, quem acha que o ambiente está muito bom para ensinar, e que os resultados esperados vão cumprir com as expectativas?

Já todos pensámos em soluções, que não incluem perpetuar o afundamento da qualidade do ensino da medicina a qualquer nível.

Pior ainda, quando uma faculdade não contracta sequer os médicos de determinado hospital que está a utilizar para os seus estudantes para ensinar, neste caso é puro atrevimento e ignorância, isto é, eu estou num hospital com pacientes à minha responsabilidade e vem um “professor de fora da instituição”, que muitas vezes nem é certificado pela Ordem, perturbar os meus pacientes, sim,

meus pacientes, para dar aulas presenciais com alunos? Os resultados não podem ser bons, como já se demonstrou, para além de ser uma forte fonte de conflitos, como também já se demonstrou.

A situação é ainda mais complexa, quando são duas faculdades de medicina, uma estatal e uma privada, a utilizar o mesmo hospital estatal de ensino, dando origem a uma situação pouco saudável para a segurança e cuidados do paciente, incluindo satisfação, que são ou devem ser os principais objectivos quer do hospital, quer da faculdade de medicina.

Outras situações é a existência de faculdades, que têm um hospital estatal nas imediações, mas este hospital não tem estrutura para ensino, nem equipamento nem pessoal para essas qualificações. As autoridades, sensibilizadas como todos nós cidadãos, com a falta de médicos e especialistas, tende a pressionar legitimamente o aumento da produção de profissionais, havendo sempre quem queira tirar disso proveitos políticos ou económicos, sem atender ao rigor que é necessário para criar e manter uma faculdade de medicina cujos resultados só podem ser avaliados pela prestação profissional dos seus produtos, como também já se começou a provar.

Uma faculdade de medicina tem de investigar, e evidentemente que existem várias áreas de investigação, mas a pesquisa clínica precisa de uma colaboração grande entre a faculdade e o hospital de ensino, beneficiando a faculdade do trabalho clínico dos médicos do hospital, e o hospital da colaboração dos membros da faculdade. Na verdade o próprio hospital necessita de pesquisa constante e permanente para prestar contas sobre os cuidados que são prestados baseados em evidência científica.

Embora a prioridade dos hospitais seja a qualidade dos cuidados e a satisfação dos pacientes, e a das faculdades seja tradicionalmente o ensino e pesquisa, a independência de cada um em relação ao outro, vai aprofundando cada vez mais um fosso, em que não há benefícios, nem para o ensino da medicina, nem para a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes.

Por outro lado, o número de alunos de uma faculdade servida por um hospital, não pode ultrapassar aquilo que são as possibilidades desse hospital, isto é, se o hospital tem possibilidade para treinar nas diversas enfermarias e consultórios 100 estudantes, a subida para 200 perturba necessariamente o ensino e a qualidade de cuidados prestados aos pacientes. Se atender-mos a que não são só estudantes das faculdades de medicina, que frequentam enfermarias, mas também estudantes de outras áreas profissionais da saúde, e se os números possíveis também aumentam, então temos uma situação deveras séria e caótica. Sem falar de uma segunda faculdade a utilizar o mesmo hospital.

Vamos introduzir um outro factor, a ter em linha de conta que é a residência médica. O hospital de ensino que serve de apoio a uma faculdade, a maior parte das vezes está prioritariamente virado para o treino de especialistas. No entanto o treino de especialistas nestes hospitais em todo o mundo, beneficia o ensino dos estudantes de medicina, só que os seus programas e os seus requisitos e competências exigidas, não são necessariamente aquelas dos programas das faculdades, pois foram elaborados com diferentes objectivos, e por diferentes instituições profissionais. De alguma forma o ensino da medicina deve ser um continuum de crescimento de competências nucleares, desde o banco da faculdade até à excelência na prática da profissão que às vezes só é atingida dezenas de anos mais tarde. Neste sentido o apoio de residentes ao ensino é uma mais valia importante.

É preciso harmonizar as necessidades que o País tem de médicos e especialistas, com a qualidade da formação destes profissionais, e com o que é possível sem cair na tentação de produzir números à pressa, para depois retroceder-se. Foi isto que sucedeu em alguns países desenvolvidos no início do século vinte e mesmo em alguns países sub saarianos no fim do século vinte. Foi isto que sucedeu nos Estados Unidos com o encerramento de mais de duzentas “medical schools”, e na RDC onde dezenas de “Faculdades de Medicina” foram encerradas há poucos anos por falta de qualidade e prejuízos sociais irreparáveis. Acho que não é necessário tropeçar nas mesmas armadilhas.

Ao escrever este artigo apenas queria apresentar a quem tem o poder de opinião, algumas questões para uma discussão urgente e preventiva, e solicitar aos colegas a participação nestas opiniões:

1- Os hospitais de ensino devem estabelecer, tal como acontece para as vagas de residentes, vagas para estudantes de medicina e para estagiários (ano de estágio), ou pelo menos estabelecer regras razoáveis de estudantes por elemento do corpo clínico e por cama ocupada.(sim?não?)

2- O Ministério da Saúde e o Ministério de tutela das Faculdades de Medicina, devem elaborar um memorado de entendimento que regule os relacionamentos entre os hospitais de ensino e as faculdades de medicina, incluindo uma organização administrativa conjunta para os anos clínicos e de estágio final.(sim?não?)

3- As propinas dos anos clínicos e ano de estágio devem ser administradas em 60% pelos hospitais de ensino.(sim?não?)

4- Quer os hospitais de ensino, quer as faculdades de medicina devem solicitar a acreditação institucional e respectiva manutenção de acreditação, por parte de organizações profissionais autorizadas, neste caso a Ordem dos Médicos, através do Conselho de Acreditação. Isto porque não é convincente, nem transparente, elas se auto acreditarem. Alternativamente o Estado pode criar uma instituição independente dos ministérios de tutela, “Council”, para fazer esse trabalho, mas iria duplicar o trabalho, uma vez que para este fim específico já criou a Ordem, e não contornaria o papel da acreditação da organização profissional.(sim?não?)

5- Todas as pesquisas clínicas, no âmbito das faculdades e hospitais de ensino, são autorizadas por uma única Comissão Científica e uma única Comissão de Ética, com a chancela das duas instituições.(sim?não?)

6- Todas as faculdades de medicina do País, devem estabelecer a certificação dos seus alunos mediante duas etapas de certificação; a primeira seria uma prova nacional que define a passagem do ciclo básico para o ciclo clínico; a segunda seria outra prova nacional no fim do ano de estágio. A passagem nestas duas provas daria entrada imediata como membro da Ordem dos Médicos, desde que as instituições fossem devidamente acreditadas. Alternativamente, caso não se queira estabelecer as duas etapas, que seriam mais úteis e lógicas, mantém-se o exame nacional de certificação para todos os licenciados com já se começou a fazer. As provas de certificação e respectivos certificados são elaboradas à responsabilidade do Conselho de Certificação da Ordem dos Médicos, ou alternativamente, por um “Board” criado pelo Estado para este fim, independente dos ministérios de tutela dos hospitais e faculdades de medicina, mas seria uma duplicação de esforços e na mesma e não se contornaria os exames da Ordem.(sim?não?)

7 - A carreira hospitalar e a carreira acadêmica, em medicina , não têm necessariamente equivalências, nem precisam de ter. Um(a) doutorado(a) em cirurgia, isto é, um cirurgião com PhD nessa área, que obteve o doutoramento publicando 5 artigos internacionais numa determinada linha de investigação, pode ser muito menos competente do que outro cirurgião sem PhD, nessa mesma área da medicina. O mesmo se passa com todas as outras áreas da medicina. O hospital precisa do cirurgião competente profissionalmente ,mas a faculdade, prefere o PhD. O mundo está cheio de exemplos contraditórios. Na verdade as mais conceituadas faculdades de medicina do mundo, não adoptam o critério do PhD, mas o da publicação, e manutenção de publicação, podem verificar pelos livros mais clássicos de medicina, que poucos autores são PhDs. As faculdades querem publicação, os hospitais querem resultados positivos de cuidados e satisfação dos pacientes, mas precisam da publicação para prestar contas à sociedade em geral e à sociedade médica em particular, sobre esses resultados e satisfação. Daí nasce o médico hospitalar que entra na conversa internacional da ciência, publicando, e que se quiser, facilmente obtém o PhD, caso lhe convenha uma carreira acadêmica. Esta negociação entre faculdades e hospitais, deve ser prevista à distância de ontem. (sim?não?)

8- Qualquer médico em qualquer área da medicina, pode transformar o seu trabalho diário em publicações científicas, alimentando a conversa da ciência, e ser um professor e aluno ao mesmo tempo.(sim?não?)

Se reagirem a este artigo, peço que o façam pelos 8 pontos, comentando (1,2,3 sim 45678 não,por ex).

OBRIGADO POR TEREM LIDO E RESPONDIDO.

Referências e Bibliografia

1. Ludmerer, K. A time to heal: American Medical Education from the turn of the century to the era of managed care. New York: Oxford University Press; 1999.
2. Blumenthal D, Campbell EG, Weissman JS. The social missions of academic health centers. *N Engl J Med.* 1997; 337:1550–1553. [PubMed: 9366591]
3. Pellegrino ED. Academic health centres and society: An ethical reflection. *Acad Med.* 1999; 74(Suppl 8):S21–S26. [PubMed: 10495739]
4. Risse, GB. Hospital Life in Enlightenment Scotland: Care and Teaching at the Royal Infirmary of Edinburg. Cambridge, England: Cambridge University Press; 1986.
5. Swick HM. Academic medicine must deal with the clash of business and professional values. *Acad Med.* 1998; 73:751–755. [PubMed: 9679463]
6. Chervenak FA, McCullough LB. The moral foundation of medical leadership: The professional virtues of the physician as fiduciary of the patient. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 184:875–880. [PubMed: 11303194]

7. Chervenak FA, McCullough LB. Responsibly managing the medical school-teaching hospital power relationship. *Acad Med.* 2005; 80:690–693. [PubMed: 15980088]
8. Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease-part I: Differentiation. *Health Care Manage Rev.* 2001; 26:56–69. [PubMed: 11233354]
9. Richardson J. Priorities of health policy: Cost shifting or population health. *Australia and New Zealand Health Policy.* 2005; 2:1. Available from: <http://www.anzhealthpolicy.com/content/2/1/1>. [PubMed: 15679895]
10. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in medicare spending. Part 2: Health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med.* 2003; 138:288–298. [PubMed: 12585826]
11. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: The content, quality, and accessibility of care. *Ann Intern Med.* 2003; 138:273–287. [PubMed: 12585825]
12. Reason JT, Carthey J, de Leval MR. Diagnosing “vulnerable system syndrome”: An essential prerequisite to effective risk management. *Qual Health Care.* 2001; 10(Suppl 2):ii21–ii25. [PubMed: 11700375]
13. [Last accessed on 2001 Jan 04] External Inquiry into the adverse incident that occurred at Queen’s Medical Centre, Nottingham. Available from: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/20/98/04082098.pdf>
14. Anderson P. Complexity theory and organization science. *Organ Sci.* 1999; 10(3):216–232.
15. McDaniel R, Driebe D. Complexity science and health care management. *Adv Health Care Manage.* 2001; 2:11–36.
16. Plsek, P. Appendix B Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Institute of Medicine (IOM); 2001. Redesigning health care with insights from the science of complex adaptive systems. Available from: <http://books.nap.edu/books/0309072808/html/309.html> [Last accessed on 20th October 2013]
17. Irvine DH. Time for hard decisions on patient-centred professionalism. *Med J Aust.* 2004; 181:271–274. [PubMed: 15347278]
18. Reinersten JL. Physicians as leaders in the improvement of health care systems. *Ann Intern Med.* 1998; 128:833–838. [PubMed: 9599196]
19. Ward, M. [Last accessed on 20th October 2013] Leadership and Clinically Managed Networks-Appendix 6,1 (Queensland) Health Systems Review Final Report. 2005. http://www.health.qld.gov.au/health_sys_review/final/app6.1.pdf.
20. Ogrinc G, Headrick LA, Mutha S, Coleman MT, O’Donnell J, Miles PV. A framework for teaching medical students and residents about practice-based learning and improvement, synthesized from a literature review. *Acad Med.* 2003; 78:748–756. [PubMed: 12857698]

21. Leach DC. The formation of residents: Acquiring the habit of quality improvement. Available from: <http://www.academyhealth.org/2004/ppt/leach.ppt>.
22. Firth-Cozens J. Cultures for improving patient safety through learning: The role of teamwork. *Qual Health Care*. 2001; 10(Suppl 2):ii26–ii31. [PubMed: 11700376]
23. Good ML. Patient simulation for training basic and advanced clinical skills. *Med Educ*. 2003; 37(Suppl 1):14–21. [PubMed: 14641634]
24. Kneebone R. Simulation in surgical training: Educational issues and practical implications. *Med Educ*. 2003; 37:267–277. [PubMed: 12603766]
25. Seymour NE, Gallagher AG, Roman SA, O'Brien MK, Bansal VK, Andersen DK, et al. Virtual reality training improves operating room performance: Results of a randomized, doubleblinded study. *Ann Surg*. 2002; 236:458–463. [PubMed: 12368674]
26. Duckett SJ. Health workforce design for the 21st century. *Aust Health Rev*. 2005; 29:201–210. [PubMed: 15865571]
27. Southon G, Perkins R, Galler D. Networks: A key to the future of health services. *Aust Health Rev*. 2005; 29:317–326. [PubMed: 16053436]
28. Ferlie E, Pettigrew A. Managing through networks: Some issues and implications for the NHS. *Br J Manage*. 1996; 7:S81–S99.
29. Braithwaite J, Goulston K. Turning the health system 90 degrees down under. *Lancet*. 2004; 364:397–399. [PubMed: 15288722]
30. Kastor, JA. *Governance of Teaching Hospitals: Turmoil at Penn and Hopkins*. Baltimore, Maryland, USA: The Johns Hopkins University Press; 2003.
- 31 -Published in final edited form as: *Educ Health (Abingdon)*. 2014 ; 27(3): 249–254. doi:10.4103/1357-6283.152183. The Intricate Relationship Between a Medical School and a Teaching Hospital: A Case Study in Uganda. Aloysius Gonzaga Mubuke, Francis Businge, and Emmanuel Mukule Department of Radiology, School of Medicine, Makerere University, Kampala, Uganda