

Ensino em Ginecologia e Obstetrícia

Obstetrics and Gynecology Teaching

José Geraldo Lopes Ramos¹

A Ginecologia e Obstetrícia é considerada pelas Diretrizes Nacionais de Ensino como uma das seis grandes áreas de aprendizado no ensino médico. O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental¹.

A Diretriz Curricular de Medicina diz em seu artigo terceiro que o Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades específicas. Criada em 2001, essa diretriz foi revisada em 2014 com a finalidade de nortear os cursos de Medicina em como realizar a gestão do ensino médico².

Embora essa diretriz estabeleça os princípios básicos da formação do médico generalista, as diretrizes intrínsecas das grandes áreas como a nossa nunca foram estabelecidas.

Uma tentativa de formatar as habilidades e competências na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia tem sido realizada por sucessivas Comissões de Ensino e Avaliação da FEBRASGO, desde cerca do ano de 2001, por meio da formação do Conteúdo Programático da Residência Médica encaminhado pela FEBRASGO para a Comissão Nacional de Residência Médica. Esse documento determina que os Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia devem capacitar o médico residente em Obstetrícia e Ginecologia a promover a saúde, prevenir, diagnosticar e tratar as afecções relacionadas à mulher em seus diversos níveis de complexidade, nas diferentes fases da vida, bem como desenvolver habilidades, raciocínio clínico e crítico essenciais nas diversas áreas de atuação³.

Esse documento também serviu de base para construir o conteúdo programático da prova de Revalidação de Médicos formados no exterior na área de Ginecologia e Obstetrícia, o conhecido REVALIDA.

Já os Programas de Pós-Graduação têm como foco principal a formação do pesquisador, e não do médico especialista em Ginecologia e Obstetrícia. As disciplinas ministradas nos diversos programas devem ter essa orientação. A maioria dos programas de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia não é voltada apenas para os tocoginecologistas, havendo abertura para todos os profissionais da Saúde interessados em fazer pesquisa na área. É importante entender

¹Professor Titular de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Presidente da Comissão de Avaliação profissional/TEGO da FEBRASGO; Diretor da Faculdade de Medicina da UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.
E-mail: jose.ramos@ufrgs.br

que a Pós-Graduação não visa exclusivamente ao aperfeiçoamento em Ginecologia e Obstetrícia, e sim à formação do professor e do pesquisador⁴.

Se observarmos os diversos planos de ensino de várias universidades no país, verificaremos que o conteúdo programático de todas é muito semelhante. De uma forma geral, o estudo prático da Ginecologia e Obstetrícia permite ao aluno o aprendizado, com visão de médico generalista, das condições fisiológicas e patológicas mais comuns da mulher durante o ciclo de vida, desde a infância ao climatério e pós-menopausa. A ênfase é centrada na prevenção, no diagnóstico, no tratamento e no prognóstico das principais afecções ginecológicas e obstétricas. Ainda, existe um esforço por parte das universidades em iniciar o aprendizado da Ginecologia e Obstetrícia já no início do curso médico, realizando estágios no meio do curso e culminando com o internato ao final dos quatro últimos semestres, tornando esse ensino eminentemente prático.

Há uma tendência de nós termos cargas horárias teóricas cada vez menores, e cargas horárias práticas cada vez maiores. Sabe-se também que os programas de internato realizados com os programas de residência médica acabam melhorando o ensino do interno especialmente no que tange a “ver e fazer”. Contudo, existe o dilema de o estudante “praticar” com o paciente. Cada vez mais, há necessidade de o aluno “treinar” em laboratórios de ensino clínico e cirúrgico com manequins, laboratórios situacionais e de simulação direta ou virtual. O estudante tem que testar suas habilidades e competências antes de presenciar uma situação de fato.

Um dos aspectos mais difíceis neste momento tem sido manter o aluno “preso” ao ensino prático. Fato irrefutável é que os alunos têm priorizado tempo em cursos preparatórios para o ingresso em Residências Médicas em detrimento de tempo nas enfermarias e blocos cirúrgicos. Fato também claro nos dias atuais é que é muito mais interessante o aluno surfar na internet do que ficar preso em uma sala de aula monótona e clássica.

Um ponto crítico tem sido o ensino prático da Obstetrícia. No atendimento “humanizado”, os alunos deverão assimilar as boas práticas obstétricas atuais. Não há como ter muitos alunos dentro de um consultório ou uma sala de parto. O respeito à privacidade da paciente também faz parte do ensino médico. Já o atendimento ao parto não pode ser realizado sem supervisão. O aluno deverá praticar em manequins ou aparelhos de simulação antes de iniciar os procedimentos junto à paciente.

Com o aumento excessivo da taxa de cesariana, o ensino do fórceps tem sido diminuído. Muitos residentes saem dos programas de residência sem uma prática adequada do fórceps. E mais, mesmo depois, sem praticar, já formado, terá receio de usá-lo, preferindo uma cesárea a um Kielland. Vemos em nossas maternidades a ausência de professores aptos para o ensino da Obstetrícia. Na grande maioria das vezes, o R1 aprende com o R2, que aprende com o R3, que aprende com o plantonista.

Permanecem desafios já indicados anteriormente, como montar um processo de avaliação adequado para as práticas clínicas e cirúrgicas por meio de processos já padronizados como o *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE), o mini-CEX e portfólios⁵. O desafio maior será realizar um conteúdo programático mínimo para os cursos de graduação assim como já foi realizado para a Residência Médica. Poderíamos até considerar formar uma Comissão de Ensino de Graduação da FEBRASGO criada a partir dos moldes da Comissão de Residência Médica da FEBRASGO. Esse conteúdo programático mínimo seria de grande valia para a avaliação dos Departamentos de Ginecologia e Obstetrícia de todo o país, bem como poderia ser balizador para a criação dos novos cursos de Medicina que vêm sendo fundados: outro assunto extremamente polêmico.

Leituras suplementares

1. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Ministério da Educação do Brasil.
2. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Ministério da Educação do Brasil.
3. Resolução CNRM nº 02 /2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Comissão Nacional de Residência Médica. Ministério da Educação do Brasil.
4. Rudge MVC, Calderon IMP, Maranhão TMO, Azevedo G. Perfil da pós-graduação em Ginecologia e Obstetrícia no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(8):375-8.
5. Amaral E, Azevedo GD, Abbade J. O ensino e o aprendizado de Ginecologia e Obstetrícia na graduação: desafios e tendências. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(11):551-4.