

# ENSINO MÉDICO

CARLOS PERDIGÃO

U.T.I.C. – Arsénio Cordeiro. Hospital de Santa Maria/Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

## R E S U M O

Faz-se uma análise do que tem sido o ensino médico baseado na Reforma Flexner. Apresentam-se os novos caminhos apontados pela declaração de Edimburgo, consubstanciado em três grandes modelos: o ensino baseado na análise e resolução de problemas, o modelo SPICES e o ensino integrado. Tecem-se algumas considerações sobre o modo de implementar as mudanças preconizadas para a última década do século, citando-se o relatório da Comissão Interministerial de Revisão do Ensino Médico.

## S U M M A R Y

### Medical Education

A study is made of medical education based on the Flexner Reform. The new paths indicated by the Edinburgh Declaration, combining three great models: teaching based on the analysis and solution of problems, the SPICES model and integrated teaching, are presented. Some considerations are made on how the changes declared for the last decade of the century should be implemented, quoting the report from the Interministerial Commission for the Revision of Medical Education.

### A) PASSADO E PRESENTE

O ensino médico tradicional assenta num curriculum baseado em disciplinas bem definidas, numa sequência de disciplinas básicas, pré-clínicas e clínicas, que tem por base a transmissão de conhecimentos através de aulas teóricas, em regra tendo como alvo um elevado número de alunos, e em que todo o ensino se baseia no Professor como fonte de conhecimento. Na verdade, a reforma Flexner<sup>1,2</sup> que dá corpo ao curriculum médico tradicional, demarcou o ensino das disciplinas básicas sistematicamente antes da aprendizagem do ciclo clínico<sup>3</sup>. Este modelo foi seguido pelas Faculdades de Medicina ao longo de décadas, e só no início dos anos 80 se começaram a perfilar alternativas pedagógicas a esta organização do ensino médico. Podemos dizer que o grande impulsionador da reforma deste modelo foi a Federação Mundial do Ensino Médico, com sede na Universidade de Edimburgo, que após dezenas de reuniões apresentou o documento hoje conhecido como a declaração de Edimburgo<sup>4</sup>, onde se reformulam as estratégias educacionais da Escola Médica. Seguindo a análise daquele documento, feita por Rafael Ferreira<sup>5</sup>, são cinco os aspectos a considerar nesta reformulação:

1. Acentuar a tónica de aquisição de gestos, atitudes e valores profissionais em detrimento do processo puro de aquisição de conhecimentos.

2. Aprendizagem activa, solicitando a iniciativa autónoma do aluno.

3. Dirigir os processos de avaliação de forma a testar a capacidade do aluno para utilizar os conhecimentos adquiridos, a sua perícia em equacionar a resolução de problemas.

4. Estimular a capacidade dos professores para ensaiar e se familiarizarem com novas estratégias e táticas educacionais, em particular as que implicam a aprendizagem activa.

5. As estruturas onde o ensino médico é proporcionado são dominadas pelo sector de Cuidados Terciários. Impõe-se que parte da experiência educacional seja desviada para o ambulatório e Centros de Saúde, salvaguardando que nesses locais se disponha de professores e tutores competentes.

A aplicação dos princípios imanados da Declaração de Edimburgo implica uma modificação nas estratégias pedagógicas até então utilizadas. Referimos aqui as três principais propostas que têm sido feitas com esse objectivo:

1. O ensino baseado na análise e resolução de problemas

2. O modelo SPICES

3. O ensino integrado

O ensino baseado na análise e resolução de problemas foi introduzido por Barrows<sup>6</sup> e propõe-se substituir o ensino tradicional centrado no professor e na aula teórica por um ensino em que o aluno aprende, através de situações concretas ou simuladas, a analisar cada problema e a identificar o conhecimento indispensável para lhe dar solução<sup>3</sup>. Este tipo de ensino pressupõe uma evolução no tempo<sup>7,8</sup>.

ao princípio o docente selecciona conteúdos, define objectivos, organiza as aulas e expõe conhecimentos. O aluno tem ainda um papel passivo, tomando apontamentos e memorizando factos. Progressivamente o docente escolhe e apresenta exemplos, explica a teoria, aprendendo o aluno esta teoria no contexto prático. Continuando a progressão, o aluno passa a definir os objectivos, aprende enquanto procura explicações, cabendo ao docente a escolha e apresentação de exemplos. Numa fase mais avançada o docente selecciona temas, sugere áreas, actua como consultor, cabendo ao aluno a selecção de problemas, a definição de objectivos, a procura de informação. O aluno aprende enquanto formula e fundamenta conceitos.

Este novo conceito de ensino tem vindo a ser experimentado em diversas áreas da medicina<sup>9-12</sup>, e a sua aplicação cuidada e progressiva parece conduzir a uma aprendizagem mais eficaz, embora exija um esforço maior quer ao docente quer ao aluno<sup>9-12</sup>. Entre nós Bensabat Rendas<sup>13</sup> apresentou os resultados da aplicação deste método do ensino de Fisiopatologia e Sobrinho Simões<sup>14</sup> relatou a sua experiência com a aplicação do método no ensino da Anatomia Patológica.

Um modelo interessante é o denominado modelo SPICES, acrónimo das iniciais das seis estratégias definidas no modelo:

- 1 – Student - centered
- 2 – Problem - based
- 3 – Integrated
- 4 – Community - based
- 5 – Electives
- 6 – Systematic

Apresentado por Harden<sup>15</sup> em 1984, rapidamente se popularizou no campo da Educação Médica. Na verdade, trata-se de um ensino centrado nos alunos, uma aprendizagem baseada na análise e resolução de problemas, um ensino integrado por órgãos ou sistemas, baseado também na comunidade e não apenas no hospital, definindo áreas selectivas e curriculum sistemático. Opõe-se sem dúvida ao ensino clássico centrado nos professores, com acumulação de informação, dividido em disciplinas, ministrado exclusivamente no hospital, com um programa padronizado e uma aprendizagem oportunística<sup>16</sup>. Este modelo denota bem a influência da declaração de Edimburgo, e é provavelmente um bom modelo para dar resposta às orientações nela contidas.

Um terceiro modelo que aqui referimos é o do Ensino Integrado. Proposto por Benor<sup>17</sup> em 1982, opõe-se ao método tradicional do ensino por disciplinas. Com ele pretendemos organizar o ensino por áreas ou temas, unificando assuntos ensinados em diferentes Disciplinas do Curso. A integração permite assim tratar um tema médico integrando conhecimentos de patologia, fisiologia e biologia (integração vertical), disciplinas de diferentes fases do Curso, ou tratar de um tema integrando conhecimentos de anatomia, fisiologia e bioquímica (integração horizontal), disciplinas ensinadas na mesma fase do curso<sup>5</sup>. Na nossa escola este modelo de ensino integrado já foi tentado em anos anteriores com a criação da figura do coordenador de ano, não

tendo tido continuidade. Presentemente desenvolve-se uma acção de ensino integrado coordenada por Carlos Ribeiro, a nível do 3º ano de escolaridade da nossa Faculdade, sob a forma de mesas redondas temáticas integrando docentes de diversas cadeiras deste ano (integração horizontal). Os resultados desta experiência serão certamente encorajadores da sua extensão a outros anos do Curso.

A aplicação mais ou menos livre destes modelos tem conduzido a diversos tipos de ensino praticado nas Escolas Médicas<sup>18</sup>: a lição/discussão, em que após uma apresentação temática mais ou menos tradicional se promove a discussão com os alunos; a análise e resolução de problemas, modelo privilegiado no ensino tutorial de pequenos grupos; e finalmente o modelo de ensino evoluindo conforme a resposta do discente, aplicável no ensino tutorial personalizado.

## B) - COMO IMPLEMENTAR AS MUDANÇAS PRECONIZADAS PARA A ÚLTIMA DÉCADA DO SÉCULO

Os ventos de mudança têm vindo a chegar ao Ensino Médico em Portugal e levaram à criação da Comissão Interministerial de Revisão do Ensino Médico. Como se pode ler no Relatório do presidente, A. Torres Pereira, referente ao 2º ano de actividade (19), *...O sistema de ensino clínico por blocos de que há experiência crescente e com êxito nas Universidades Portuguesas, permitirá o encurtamento e melhor ensino-aprendizagem na licenciatura, devendo as especialidades serem mantidas na mesma licenciatura mas limitarem o seu ensino ao que é prevalente e pertinente à formação médica de base. E mais adiante ...Fica garantido o cumprimento da Directiva 75 / 363 / CEE, incluindo a formação médica total seis anos de estudo que compreendem mais de 5.500 horas de ensino teórico e prático ministrados numa Universidade ou sob a sua orientação.* Na verdade, este esquema garante a licenciatura mais a profissionalização num período de seis anos.

No entanto, pensamos que o conjunto de métodos e reformas que temos vindo a analisar, deverão ser aplicados com alguma cautela, em adaptação lenta e progressiva ao ensino que temos. Esta ideia é fundamentada nas intervenções preferidas aquando da XI Reunião da Sociedade Portuguesa de Educação Médica e subordinada ao tema *A Reforma Curricular que Desejamos*, que decorreu em Coimbra em Maio de 1994 (20-23). Julgamos que daí saiu o consenso de que a implementação da Reforma Curricular das Faculdades de Medicina, com aplicação do modelo SPICES e dando cumprimento à Declaração de Edimburgo reexpressa na chamada Iniciativa em Lisboa, é difícil, demora tempo, não é seguro que seja bem aceite nos diversos sectores das Escolas Médicas, e portanto não poderá ser considerado um objectivo imediato. J. Lobo Antunes<sup>23</sup> salientou aí o facto de a Declaração de Edimburgo dar excessivo ênfase ao ensino clínico, sendo também necessário definir o peso do ensino da medicina preventiva e ambulatória.

Concluindo, os objectivos da reforma do Ensino Médico para esta última década do século nas suas linhas gerais, então traçados. Mas a implementação das mudanças e o modo de o conseguir é ainda tema de debate.

## BIBLIOGRAFIA

1. Editorial. Flexner Reappraised. *Med Educ* 1987; 21 : 379-80
2. ESTABROOK RW: Fractures in Flexner's foundation: recommended changes in medical education. *FASEB J* 1992; 6: 2887-8.(citado por J. Martins e Silva Ref. nº24)
3. MARTINS E SILVA J: A reforma curricular. *Filosofia de ensino / aprendizagem uma vertente a rever. Revista da F.M.L.*; 1993; 1: 369-73
4. The Edinburgh Declaration. *Med Educ* 1988; 22: 481-2
5. RAFAEL FERREIRA: Relatório Pedagógico 1992; 2 0-1
6. RARROWS HS: Cognitive apprenticeship (problem - based learning). *Educ Med* 1991; 2: 5-13
7. BENSABAT RENDAS A: Making the cake and eating it as well! *Educ Med* 1991; 2: 3-4
8. WALLIS B: Problem Based Learning. The Newcastle Workshop. Newcastle, Australia. Faculty of Medicine. University of Newcastle. 1989. (Citado por Bensabat Rendas (Ref. 28)
9. DOLMANS DHJH, SCHMIT HG: What drives the student in problem based learning. *Med Ed* 1994; 28: 372-80
10. DE VIRGILIO G: Problem-based learning for raining primary health care managers in developing countries. *Med Ed* 1993; 27: 266-73
11. DOLMANS DHJH, GIJSELAERS WH, SCHMIDT HG, VAN DERMEER SB: Problem effectiveness in a Course using problem-base learning. *Acad Med* 1993; 68: 207-13
12. ALBANESE MA, MITCHELL S: Problem-based learning. A review of literature on its outcomes. *Acad Med* 1993; 68:52-81
13. BENSABAT RENDAS A, GAMBOA T, MOTA CARMO M et al: Aplicação do método de aprendizagem baseado na análise de problemas ao ensino da Fisiopatologia. *Educ Méd* 1991; 2: 29-40
14. SOBRINHO - SIMÕES M: Aplicação do método de aprendizagem baseado na análise de problemas em Anatomia Patológica. Relato de uma experiência. *Educ Méd* 1991; 2: 21-28
15. HARDEN R M, SOWDEN S, DUNN WR: Educational strategies in curriculum development. The SPICES model. *Med Educ* 1984; 18: 284-97
16. GOMES PEDRO J, LOURDES LEVY M: Um modelo de mudança para uma Reforma Curricular. *Revista da FML*, 1994; 2: 231-2
17. BENOR DE: Interdisciplinary integration in Medical Education: Teory and method. *Med Educ* 1982; 16: 355
18. STONE HL, MEYER TC, SCHILLING R: Alternative medical School curriculum desing. *Med Teacher* 1991; 13:149-56
19. TORRES PEREIRA A: Relatório do Presidente da Comissão Interministerial da Revisão do Ensino Médico, referente ao 2º ano de actividade. *Boletim da FML*,1991; II série: 12-3
20. GOMES PEDRO J: Reforma Curricular - o desejável e o possível. *Boletim da SPEM* 1994; III série, 4: 3-9
21. SOUSA PINTO A: Ensino Médico - a reforma indesejada. *Boletim da SPEM* 1994; III série, 4:9-11
22. RELVAS J: Os Curricula em diferentes Faculdades de Medicina Europeias e a reforma do Ensino Médico em Portugal. *Boletim da SPEM* 1994; III série, 4: 11-23
23. LOBO ANTUNES J: Reforma Curricular - O que faria se mandasse ... *Boletim da SPEM* 1994; III série, 4: 24