

EIXOS ORIENTADORES DA REFORMA DO ENSINO MÉDICO

Uma Proposta Estratégica

J. MARTINS E SILVA

Instituto de Bioquímica. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.

RESUMO

São analisadas as circunstâncias que antecedem a próxima reforma do ensino médico, enunciados alguns dos principais estímulos (internos e externos) e referidas dificuldades que se interpõem (frequentemente) às mudanças curriculares. A reforma do ensino médico deverá fundamentar-se numa nova filosofia educacional, que privilegie a aprendizagem orientada e considere a pré-graduação como fase preliminar do processo educativo em Medicina. A definição de objectivos gerais e específicos, a programação e definição de estratégias, o contínuo acompanhamento do processo educacional, a inventariação e adequação dos meios de acção disponíveis, e o empenhamento concertado de responsáveis políticos, das instituições de ensino, docentes e alunos serão factores indissociáveis de uma reforma bem sucedida. A formação de médicos polyvalentes justifica modificações metodológicas, designadamente, a definição de um currículo nuclear, dinamizado através do ensino interdisciplinar que favoreça o contacto precoce com problemas que exijam integração. A interdisciplinaridade contribuirá para a formação plena no âmbito técnico e psicosocial. A metodologia utilizada (no ensino e avaliação) e o empenhamento e qualidade pedagógica dos docentes serão factores determinantes para a reforma que se deseja. A competência profissional será o produto final de uma aprendizagem eficaz. De outro modo, a formação médica pré-graduada terá deficiências que dificultarão a concretização profissional do jovem médico, e se repercutirão durante toda a actividade clínica subsequente.

SUMMARY

Orienting axis towards the reform of undergraduate medical education. A strategic approach

The circumstances preceding the future revision of the medical curriculum are analysed, main internal and external stimuli are described, and sources of resistance to changes in medical training require new educational philosophy, privileging oriented training during undergraduation, as a preliminary phase of medical education. The definition and accompaniment of the general and specific objectives, the strategy and programme used, the design and adequacy of the available support, and the related engagement of all political, academic and socially responsible persons and institutions, are fundamental factors for successful change. The education and training of polyvalent medical doctors requires methodological modifications, namely the definition of a core curriculum, made dynamic through the teaching of interdependent subjects and earlier contact with common clinical problems. Learning through interconnected basic and clinical matters will benefit the technical and psychosocial education of future doctors. The education resulting from a renewal in undergraduate medical education will be mostly determined by organizational and institutional frameworks, teaching methods and the evaluation process used, as well as by teacher commitment, pedagogic and scientific capacities. Professional competence should be the end product of efficient training. Otherwise, undergraduate medical education would not prepare the professional development of the young doctors, thus diminishing the quality of medical training in the future

*Essayer de prévoir l'avenir,
ce n'est pas rechercher le futur probable,
mais étudier les futurs possibles*
D. Mellière, 1975

INTRODUÇÃO

São frequentes as críticas ao formato, conteúdo e metodologias do ensino médico ministrado na generalidade das Faculdades de Medicina contemporâneas. Neste movimento de contestação têm participado docentes, discentes, clínicos experimentados e, também, os principais responsáveis por instituições do ensino médico e saúde pública^{1,2}. Todavia, as tentativas envidadas para corrigir defeitos, introduzir inovações ou modificar princípios esbarram persistentemente em inércias (conceptuais ou orgânicas) de causas e motivações diversas, algumas insuspeitadas³⁻⁵.

A preservação do *status quo* institucional é usualmente mais forte do que os desejos de mudança, ao ponto de se considerar *mais difícil alterar um curriculum do que mudar um cemitério*⁶.

PRESSÕES E DIFICULDADES PARA UMA MUDANÇA CURRICULAR

Para haver modificações do curriculum é preciso que os intervenientes consciencializem e objectivem as necessidades dessas mudanças e, na sequência, definam estratégias e seleccionem metodologias que ponham em prática o plano traçado. Finalmente, há que reavaliar os resultados das alterações induzidas, reacertar pormenores e manter o processo em andamento num determinado enquadramento individual, social e profissional⁶⁻⁸.

A necessidade de mudar o programa curricular é induzida por estímulos diversificados, gerados no interior das instituições do ensino ou impostos do exterior^{7,9}.

As alterações por iniciativa académica, decerto mais honrosas e naturais, demonstram que as instituições têm vitalidade para se auto-criticarem e auto-corrigirem¹⁰. Na sua origem devem co-participar (desejavelmente) os órgãos institucionais, os docentes e os discentes, com interesses e capacidade de intervenção no processo educacional que lhes é familiar, e que, no seu entender, carece de adequação e/ou eficiência. Situações deste tipo tendem a ocorrer quando os médicos revelam dificuldades em acompanhar os progressos científicos e tecnológicos da medicina, em compreender e resolver problemas éticos em intervir junto dos doentes (e familiares) afectados com doenças incuráveis e crónicas, bem como num todo populacional dramaticamente pressionado por agressões físicas, químicas e psicológicas.

Os doentes reclamam os melhores cuidados médicos possíveis e (já) não hesitam em confrontar os clínicos perante a lei, quando detectam irregularidades na assistência ou deficiências de qualidade profissional¹¹. A ênfase na prática dos actos médicos comuns exigíveis, a par de atitudes mais atentas face ao doente e à doença são objectivos educacionais pertinentes, a estimular¹².

Aos direitos da população à Saúde e à revolução científica na área médica, veio somar-se um outro factor importante, que consiste na adaptação dos interesses (pessoais e profissionais) dos médicos a situações novas, tais como a cres-

cente burocratização do sistema assistencial e os critérios economicistas que lhes estão subjacentes¹³.

Na realidade, o afluxo de conhecimentos tecnológicos (disponíveis e aplicáveis à área da Saúde) tem sido também a causa principal dos custos incontroláveis que os cuidados médicos estão a atingir nos países industrializados. Daqui resultam (inevitavelmente) cortes orçamentais, gestões rigorosas e/ou limitações no acesso às tecnologias de diagnóstico e meios terapêuticos mais avançados (e também mais dispendiosos). A lógica funcional dos cuidados de saúde tende a ser regida por critérios de custo-benefício, e a ser assegurada por funcionários-médicos. Não havendo correcções de fundo, estão criadas condições para que a estrutura asfixie o idealismo e as motivações profissionais dos médicos, de gerações mais recentes e futuras⁹.

É evidente a natureza política de muitos dos factores que condicionam (e interrelacionam) o sistema de formação médica e os serviços de saúde a prestar³. Daí que a estratégia e objectivos das reformas curriculares que se planeiam devam ter em conta situações concretas do meio em que se inserem, com destaque para a interdependência estrutural e funcional das instituições envolvidas (na área da Educação e Saúde), natureza sócio-económica da população assistida, perfil dos candidatos admitidos nas faculdades de medicina e competência (pedagógica, científica e profissional) dos docentes que intervêm no processo educativo¹⁴. Não atender a alguns destes condicionalismos será uma posição irrealista e geradora de fracassos.

A título de exemplo, cabe referir o malogro inesperado do projecto Beer-Sheva, que o governo israelita iniciou em 1973 na Universidade Ben-Gurion, tendo como objectivo formar médicos especificamente preparados para prestar serviços de saúde primários e hospitalares¹⁵. Apesar dos cuidados havidos com os critérios educacionais, os resultados ficaram aquém das expectativas por três motivos principais: (i) os docentes clínicos não tinham qualidades nem empenhamento profissional para serem bons modelos para os alunos, (ii) a comunidade assistida não foi suficientemente integrada no projecto, e, por fim (talvez o mais importante) (iii) não houve apoio inequívoco e adequado dos administradores da área da Saúde perante os objectivos (educacionais e clínicos) traçados.

As particularidades de cada região e de cada sociedade ditarão as modificações necessárias. Alterações e processos aplicados com sucesso em determinado meio poderão ser irrelevantes noutros horizontes¹⁶; as necessidades e os condicionalismos próprios das Faculdades de Medicina dos países desenvolvidos, substancialmente diferentes das verificadas nos países em vias de desenvolvimento, tornam irrealista a aplicação de soluções similares nestes dois tipos de regiões.

Nas sociedades em desenvolvimento, em que a formação médica se limita quase só à licenciatura, e em que os recursos escasseiam, é natural que a filosofia educacional e o programa curricular difiram do sistema de formação em uso nos meios industrializados, em que a pré-graduação não constitui o fim, mas o princípio da educação médica.

As imposições exteriores, em geral de natureza política, nem sempre se revelam os estímulos mais acertados para os objectivos pretendidos. Nos períodos de crise social, em que ressaltam mais agudamente as carências assistenciais,

umenta também a pressão pública que exige mais e melhor dos médicos, embora se revele indiferente perante as limitações de meios e recursos disponíveis^{7,9}.

Em qualquer dos casos (determinações políticas, exigências administrativas ou pressões populares), a intervenção extrínseca constitui uma realidade, com frequência inevitável quando as Faculdades de Medicina não possuem argumentos convincentes sobre princípios educacionais indeclináveis, nem se revelam capazes de conceber e promover projectos inovadores e/ou adequados para a resolução de problemas reais.

Em determinado momento as Faculdades de Medicina serão objecto de avaliação (rotineira) da qualidade dos médicos que formam. No fundo, é um processo burocrático (idêntico ao que afere a resistência de uma ponte, ou de outro tipo de controlo de qualidade) para comprovar a competência (profissional) dos médicos em tratar doentes e em prestar cuidados de saúde condizentes às necessidades da população¹¹.

O desajustamento entre o processo de educação médica e as exigências sociais em cuidados de saúde tem sido atribuído a diferenças de objectivos patenteados pelas partes intervenientes. Este ponto mereceu grande destaque na I Conferência Mundial de Educação Médica, decorrida em Edimburgo em 1988¹⁷. Foi então salientada a necessidade de alterar o sistema tradicional de educação médica (que privilegia a componente tecnológica, o conhecimento factual e a intervenção hospitalar), por um novo processo vocacionado para a prevenção da doença, acompanhamento de patologias crónicas e que confira capacidades de intervenção perante disfunções psicológicas, de comportamento e doenças comuns que afectam a grande generalidade da população¹⁸.

Estas expectativas foram resumidas com grande clareza por Bloom³: *...the pressure of educational reform today is to reintegrate the profession in the interests of a humane and competent patient-centred delivery system in a manner that accounts for the altered patterns of types of illness (e.g. increased chronicity, reduced infectious risks), the demographic changes resulting from increased life expectations, and the challenges for prevention in an environment of risks caused by industrial development... to redirect medical education towards an experiential, learner-centred model that will enable doctors to be both life-long learners of rapidly changing medical science and practitioners with the knowledge and skills available to equate the psychosocial with the biological aspects of medical care...*

De certo modo, as discrepâncias entre a educação médica convencional e a que vem sendo proposta resultam de concepções extremas do perfil médico: de um lado o médico-tecnologista formado pelas Faculdades de Medicina tradicionais e, do outro, o médico-utilitário requerido pelas populações.

Aquelas diferenças são a principal causa do dilema em que se debatem os responsáveis directos pelo processo de educação médica quando equacionam o tipo, extensão e profundidade dos (novos) conhecimentos científicos a utilizar na formação de clínicos aptos à prestação de cuidados de saúde⁸.

Sobejam as razões para questionar a pertinência da preparação médica que usa (e abusa) do ensino de conhe-

cimentos (cada vez mais) especializados e compartimentados, transmitidos por docentes (demasiado) focalizados na investigação ou numa especialidade clínica, a alunos seleccionados exclusivamente (ou quase) por critérios académicos²⁰. Todavia, considerar os pressupostos anteriores como argumento favorável a um sistema de ensino que se limite a assegurar a formação de técnicos superiores com habilitações profissionais para actuarem (nos serviços de saúde) como *mão-de-obra* especializada, afigura-se uma posição excessivamente redutiva. Seria absurdo (e, pelos exemplos conhecidos, também socialmente negativo) que o médico fosse tido na comunidade como um profissional programado exclusivamente para curar doentes, tal como se exige a um mecânico que conserte automóveis²¹.

A virtude estará no meio termo, que conceda espaço e oportunidades para que a medicina possa ser ensinada e aprendida como uma profissão e, também, como uma formação cultural própria, que perspetive o progresso do saber e a transmissão/aquisição (constantes) de novos conhecimentos^{22,23}. Isto é, pela sua natureza inteiramente universitária, a educação médica ultrapassa os horizontes de uma profissão confinada ao imediato, para se espriar na procura de soluções para as incógnitas do presente e para os problemas cuja ocorrência consegue antecipar. Como dizia Pinto Correia¹⁹:

Para ser autêntica, a educação não pode ser apenas um fenómeno intelectual, mas envolver todo o ser partindo de, ou desencadeando no seu curso uma forte motivação emocional... qualquer alteração válida do comportamento só se obtém através da vivência das situações para as quais se está a educar, pelo que a simples informação ou o enunciado da situação é nitidamente insuficiente.

Em conformidade, a educação médica deverá preparar o clínico não só como utilizador de ciência aplicável a um organismo vivo, mas também conferir-lhe capacidades e atitudes adequadas para que possa considerar esse *ser* (biológico) como uma pessoa e, simultaneamente, como membro de uma sociedade. De acordo com Tosteson²⁴:

Each medical encounter is unique in a personal, social and biologic sense. Each patient and physician is an individual person reminded by the episode that brings them together... Each patient lives in a specific social context. Each patient is the expression of a genome that has never existed before. All these aspects of uniqueness impose on both physician and patient the need to learn about the always new situation, to find the plan of action that is most likely to improve the health of that particular patient at that particular time. In this way of thinking, a doctor is a teacher helping the patient to learn about possibilities for living in a healthier way.

Embora aqueles três planos de interacção médico-doente sejam indiscutíveis, a perspetivação humana e social do doente é constrangida habitualmente em plano secundário, dominado pelo crescimento constante do conteúdo científico.

Os equívocos e as dificuldades em separar o que é necessário (ou indispensável) ensinar do que parece supérfluo terão de ser tidos como factores inevitáveis de um processo em constante mudança, que representa também o progresso de uma ciência que se projecta numa componente profissional¹². É também uma questão de equilíbrio entre as prioridades educacionais de cada instituição ou de dada

região. Parece hoje incontroverso que a fase pré-graduada (limitada a alguns anos de escolaridade) se restrinja à formação de clínicos competentes para assegurar cuidados de saúde *gerais*, reservando as fases subsequentes da educação médica para a preparação mais avançada, em que se incluem a especialização e o treino de tecnologias diversas^{17, 18, 25}.

A pré-graduação é uma fase de preparação preliminar e, como tal, abrange conteúdos genéricos e inclui a aprendizagem de atitudes e gestos para intervenções de natureza curativa e preventiva de âmbito geral¹¹. O passo seguinte, (a especialização,) será naturalmente influenciada pelo tipo de educação tecnológica desenvolvida na pré-graduação (Fig. 1.)

FORMAÇÃO MÉDICA

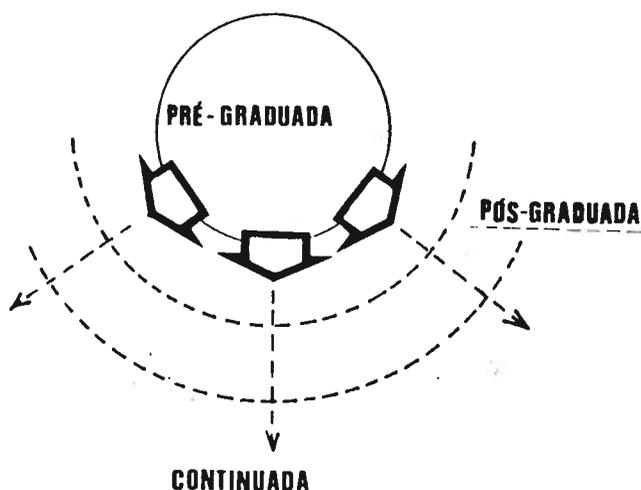


Fig. 1 - A pré-graduação, através de um núcleo curricular visa a formação de médicos polivalentes aptos (em fase subsequente) à aquisição de conhecimentos avançados e aptidões especializadas de complexidade crescente, sob tutela (na pós-graduação) ou por auto-aprendizagem (formação continuada).

Todavia, a pressão inerente ao progresso científico e tecnológico, a par com uma progressiva consciencialização pública do valor social da Saúde, tornam inevitável a ocorrência de alterações constantes do ensino médico e, sobretudo, da filosofia educacional em que se fundamentam. As expectativas populares e as preocupações governamentais são forças de pressão muito influentes no processo educacional⁹.

Por si, os factores extrínsecos para uma mudança não terão êxito se não houver motivação e empenhamento por parte dos intervenientes intrínsecos do sistema⁷. É sabido que os factores extrínsecos poderão ter a maior importância como catalisadores do processo⁸.

Admite-se que essa *activação* venha a ocorrer proxima-mente em Portugal, na sequência do recém-apresentado Relatório da Comissão da Reforma do Ensino Médico²⁶. As alterações a suceder visam encurtar o *curriculum* médico, de forma a incluir nos seis anos de escolaridade a prática clínica tutelada que incorporava o internato geral, à custa da redução de *tempos-mortos*. Simultaneamente, as Facul-

dades de Medicina retomariam o privilégio de conceder a licenciatura ao fim de seis anos.

Entretanto, as Faculdades de Medicina serão confrontadas com a principal questão, isto é, esclarecer o que se entende por *Reforma do Ensino Médico*. O momento que se vive agora faz recordar, ainda que em dimensão diferente, as expectativas vividas em 1975, quando constava estar pronta uma reforma do curso médico. Nessa altura, Pinto Machado abordou o problema, para dizer que *não sendo plausível acontecer a reforma necessária, ao menos que sucedesse uma reforma possível*²⁷.

FILOSOFIA EDUCACIONAL

De acordo com Bloom³, muitas das reformas da educação médica decorrem sem mudanças de fundo, havendo também muitas alterações que não geram qualquer progresso. As modificações induzidas por pressões extrínsecas, que não envolvam forças intra-institucionais coesas e empenhadas nessas alterações, parecem estar condenadas ao fracasso, como salientou Ramalingaswami⁸:

Change, if it is to be real and abiding, has to be intrinsic, aided by extrinsic factors acting in synergy. The intrinsic elements have been identified as teachers, students, and the organizational and institutional frameworks. The extrinsic elements are political will, administrative commitment and societal pressure. Extrinsic pressure without intrinsic transformation can only lead to episodic results, change without progress.

Grande parte das componentes de êxito de uma reforma do ensino médico são intrínsecas às Faculdades de Medicina, apesar destas instituições dependerem (na totalidade, ou quase) de apoio extrínseco²⁸. Há razões para admitir que a reforma educacional reflecte sobremaneira o valor, empenhamento e entusiasmo dos docentes, porém sem esquecer os recursos que têm à disposição e a organização estrutural em que actuam³⁰. Neste aspecto, é indispensável que os subsistemas participantes (sejam humanos ou materiais, intrínsecos ou extrínsecos) se completem, potencializando a acção final⁵. De outro modo, se a prioridade de cada interveniente consiste em preservar os seus interesses, se a colisão (entre responsáveis, estruturas e participantes) faz a regra, ou se a atitude (individual, institucional ou da tutela) predominante consiste "em mudar qualquer coisa para que o essencial se mantenha", a reforma não chega a ter início e/ou perde qualquer utilidade^{7,31}. Não será mais do que uma carta de intenções frustradas, enfileirando no conjunto de argumentos em que se apoiava Miller Guerra³² para duvidar da capacidade de auto-reforma das velhas universidades: *...de pouco vale dizer que vamos fazer uma reforma administrativa se não houver reforma política que a oriente e apoie... Quando digo que as Universidades não se auto-reformam, quero dizer que as Universidades não tomam a iniciativa de reforma nem a acompanham até às últimas consequências. E quando chamo reforma...digo transformação da vida universitária, e não apenas mudança de cadeiras ou de horários*

Seguindo a mesma ideia, a mudança de perspectivas e de estratégias educacionais seria viabilizada preferencialmente pelas novas Faculdades de Medicina, enquanto não adquirissem (também) a esclerose funcional e a intransigência que caracterizam muita das instituições clássicas¹³.

A primeira (e única) reforma digna desse nome, verificada no ensino médico nacional, ocorreu em 1911. Desde então têm sido introduzidas alterações pontuais, episódicas na generalidade, consistindo em acrescentos de conteúdo curricular, número de exames e/ou redistribuição da escolaridade³³. Dificuldades de ordem diversa, em que se destaca uma (muito nefasta) descoordenação entre os ministérios da tutela, reduzem a eficácia do processo educacional.

A reforma que se anuncia terá, como campo de acção, estruturas (muito) carenciadas e intervenientes deficitários de motivação e esperança. Por conseguinte, o êxito dessa reforma afigura-se bastante limitado se não coexistir a medidas de fundo que visem a revitalização dos recursos orgânicos e funcionais de um sector (muito) desgastado.

Todavia, admitindo que a conjuntura se altera radicalmente, por força de um poder público consciente das realidades presentes e do acentuar progressivo das dificuldades e carências na área da Educação/Investigação e Assistência Médicas, será conveniente definir as linhas de força globais, que possibilitem alterações autênticas, e não meras recuperações de rebôco que deixam o edifício inalterado. Em editorial recente, Levi Guerra³⁴ escapelizou com rigor as necessidades inadiáveis das Faculdades de Medicina nacionais:

Há pois que fazer uma Reforma, mas não esperar que reformas ocasionais, que não vão ao fundo dos problemas, poderão resultar num ensino eficaz, numa investigação científica pujante e numa actividade clínica intensa e qualificada, dando pronta e competente resposta aos problemas que a um Hospital Universitário cumpre dar, por um lado, e que por outro lado devolva à Faculdade o prestígio que perdeu.

Eventualmente, será mais prudente reforçar o que está bem, introduzindo modificações no que falta ou que não serve, em contraponto a posições mais radicais, que propõem começar tudo de novo para garantir que as desejadas alterações curriculares, de facto, ocorram¹³. Entre ambas as posições, o sistema de formação médica nacional requer essencialmente a definição de uma filosofia educacional, a assentar nos seguintes pontos fundamentais:

(a) Reconhecimento de três fases educacionais consecutivas da formação médica (pré-graduada, pós-graduada, contínua);

(b) Definição de objectivos globais para cada uma das fases;

(c) Programação e demarcação de estratégias educacionais específicas daquelas fases;

(d) Reavaliação, correcção e ajustamento constante de objectivos, estratégias, programas e conteúdos educacionais.

Acresce, em cada Faculdade, a indispensável inventariação dos meios de acção disponíveis para a concretização dos objectivos estabelecidos, designadamente:

(a) Agentes de ensino;

(b) Temas de estudo, teórico e prático;

(c) Estruturas de ensino.

No conjunto, ressalta à evidência a ênfase educacional da preparação médica e, ainda, a extensão cultural, a capacidade de adquirir e transmitir conhecimentos, no pressuposto do progresso pelo saber^{5,23}. Esta perspectiva contrapõe-se à aprendizagem pelo treino, no qual se ad-

quirem perícias específicas para *saber fazer* bem (repetidamente) uma mesma técnica³⁵.

Embora os resultados que advêm de um bom treino médico sejam, com alguma frequência, o que os doentes e serviços de saúde mais desejam, acabam por perder actualidade se não houver acompanhamento de progresso cognitivo. A aprendizagem educacional confere capacidades de compreensão e crítica, perspectivas cognitivas ilimitadas e motivações, o que não se verifica, (ou é raro acontecer) pelo treino de um determinado gesto³⁶.

Treinar e educar são actividades com metodologias e objectivos diferentes. Ambas são indispensáveis em Medicina. A componente prática, adquirida pelo treino, confere a finalidade à Medicina, embora fundamentada na componente educacional, sem o que não há progresso nem actualização³⁷.

Em segundo lugar, o escalonamento da formação médica em fases pressupõe a pré-graduação como o início de uma vida de aprendizagem constante, sucessivamente consolidada por aspectos mais específicos e pela renovação permanente de conhecimentos, na pós-graduação e períodos subsequentes^{2, 16, 18}. Neste contexto, o desejo de aprender, concretizado pela auto-aprendizagem, é uma condição indispensável no caminho para a competência profissional²⁴. Sem essa vontade *de ser estudante para toda a vida*, de pouco vale a informação recolhida.

Finalmente, o sistema educacional deve ter a capacidade de se adaptar e reajustar a novos conhecimentos científicos e tecnológicos, às necessidades individuais e sociais, e às condições do meio.

No conjunto, as Faculdades de Medicina devem ser intérpretes principais das modificações de comportamento dos seus utilizadores, conferindo-lhes um valor acrescentado (científico, cultural e técnico) que os torne úteis à sociedade. Desta forma, a reforma do sistema educacional precederá, naturalmente, a melhoria dos cuidados assistenciais³⁸.

As razões expostas justificam propostas clarividentes, visando a preparação do novo médico para a *medicina total*, através de um sistema de ensino consonante às realidades de hoje e preparado para se adequar às exigências do futuro³⁷. Nesse propósito não surpreende que, entre as recomendações formuladas, sobressaiam as três seguintes implicações metodológicas^{1, 2, 28, 39}:

(a) definição de um *currículum* médico nuclear;

(b) desenvolvimento de um *ensino interdisciplinar* que promova as competências técnicas e as enquadre num sistema de valores éticos e sociais;

(c) *contacto precoce* com situações que exijam decisão e execução prática

CURRÍCULO NUCLEAR

Actualmente, o *currículum* pré-graduado de medicina (em muitos países, incluindo Portugal) afigura-se mais um saco em que cabe sempre (mais) uma novidade técnica ou outra área de conhecimento que os docentes responsáveis entendem indispensável à formação do futuro médico. Embora os queixumes sobre o excesso curricular sejam conhecidos desde Thomas Huxley, em 1877 (cit. em 5), as dimensões do programa atingiram o limite da capacidade de aprendizagem eficaz²⁸.

A formação equilibrada do futuro médico baseia-se na aquisição de conhecimentos teóricos, de competências e de perícias de execução^{12, 25, 28}. No entanto, a sucessiva acumulação de novos factos científicos tidos por imprescindíveis (o *facto é rei*, como dizia Eichna³¹), estará paradoxalmente na origem da deterioração do sistema de aprendizagem. Algumas insuficiências de preparação dos médicos recém-formados, perante situações clínicas comuns que requerem actuação decisiva imediata, poderiam ser atribuídas ao peso imoderado que a componente teórica factual vem assumindo nos *curricula* das Faculdades de Medicina, sem que a educação de atitudes, as capacidades de execução e o domínio de gestos fundamentais tenham adquirido desenvolvimento paralelo¹². Por seu lado, o progresso tecnológico e científico na área médica não terá sido acompanhado por uma evolução comparável do sistema educacional: os conhecimentos (factos) são realmente transmitidos, embora recorrendo a processos pedagógicos que já haviam sido utilizados na educação dos próprios docentes, por vezes dezenas de anos antes³.

Pelo exposto, não surpreenderá que o ensino-aprendizagem seja baseado em factos (e em receitas que parecem apropriadas), sem que daí resultem maiores capacidades para reconhecer, interrelacionar ou dar solução a esses mesmos factos, quando presentes na vida prática, como recorda Fraser²⁸: *...because many of our graduates possess voluminous knowledge which cannot bring to bear unless precisely triggered. Many students have great difficulties in trying to apply their knowledge to a real life problem - for example, every student knows that thiazide diuretics can cause gout, but many will not make the connection when faced with a patient presenting with a painful, inflamed joint and who happens to be taking a thiazide diuretic.*

A definição do núcleo curricular pressupõe a definição de um conjunto específico de capacidades requeridas na prática para, nesta base, reformular o que se ensina, como se ensina, e de que modo é avaliada a eficácia da aprendizagem.

Como acentua Charlton⁴⁰ o núcleo curricular incorporaria o essencial que o médico recém-formado necessita de conhecer para desempenhar (competentemente) a profissão:

Core curriculum- The word core is deliberately chosen by analogy with an apple core which, although indigestible, contains the seeds for future growth. It also occupies a small proportion of the fruit's volume, usually less than a quarter.

... A core curriculum should be devised not from theoretical considerations about what basic science excellent doctors ought to know, but from what basic science excellent doctors actually do know; what is useful in their practice. The composition of the syllabus would undoubtedly provoke fierce, perhaps endless, debate; and should be under a continual process of revision.

In other words, the curriculum is defined in terms of need Particularly relevant are critical incident studies, task analysis of established practitioners, the study of star performers and surveys of recent graduates. A combination of these approaches seems preferable to the current methods of gathering together a few wise men (professors

and the like) who then proceed to devise a curriculum out of a clash of dominant personalities with the vagaries of departmental self-interest; modified by Machiavellian horse trading, and only held in check by the dead weight of tradition and inertia!

Para que o sistema de ensino não perca eficiência, há que rever continuamente o *curriculum*, adaptando-o às alterações induzidas pelo progresso tecnológico e pela renovação dos conhecimentos científicos³⁹⁻⁴¹. Entre outras vantagens, a implantação de um *curriculum* nuclear permitiria que o ensino decorresse com tempo para assimilação da matéria, e para o desenvolvimento de perícias e gestos essenciais, objectivando a formação de médicos (pluripotenciais) qualificados. Concederia ainda espaço para a aprendizagem de matérias opcionais de natureza diversa, ou para participação activa em projectos de investigação. Fundamentalmente, em lugar de *mais ciência* haveria que seleccionar *a melhor ciência* a utilizar no ensino médico⁴², além de conceder maior ênfase às generalizações do que aos pormenores⁴³.

Todavia, a grande dificuldade neste campo continua a residir no que cada interveniente directo no processo de aprendizagem, entende por *conhecimentos fundamentais*. A propósito, Szent-Gyorgyi⁴³ afirmava com bastante ironia que

knowledge is a sacred cow, and my problem will be how we can milk her while keeping clear of her horns.

Decerto sem grande exagero poder-se-á supor que, para cada docente, *conhecimento fundamental* é tudo aquilo que ensina e nunca menos do que isso. Sendo duvidoso que haja algum docente responsável de cada Faculdade de Medicina que não subscreva idêntica opinião, afigura-se complicada a tarefa de definir um *curriculum* nuclear. Como McGuire sugeriu⁹ o maior obstáculo a uma reforma curricular prende-se com protagonismos individuais:

...too often policy committees in our medical schools interpret their charge as being limited to approval of the content of the curriculum, or to adjudication to territorial disputes among contending departments over the amount of time each can command, rather than to a rational consideration of the programme as a whole. Such a narrow view fails to take account of the clearly established fact that it is the total educational environment - including the relationship of students and mentors, the characteristics of the patient population available to them and the nature of responsibility given each - which determines what students learn and what competencies they will display at the time of qualification...

Para que a definição do núcleo essencial venha a suceder, é indispensável alertar todos os intervenientes (motivados) de que as modificações curriculares, para serem eficazes, originam perdas para uns e ganhos para outros⁷. Porém, este argumento não impede a resistência dos protagonistas mais activos a tudo que se afigura ameaçador de direitos adquiridos, do que não se conhece bem, ou de que se discorda. Qualquer daquelas posições tem legitimidade, justificando cuidados prévios e uma planificação global que tomem em consideração pessoas afectadas e problemas emergentes da modificação curricular, procurando para uns e outros soluções consensuais favoráveis. Neste reacerto justificar-se-á que conteúdos especializados que se ensinam tradicionalmente na pré-graduação sejam

depurados das partes mais específicas e aproveitados, no essencial para se ajustarem em áreas temáticas que conferem perspectivas genéricas. No fundo haverá apenas deslocação de conteúdos (bem como de docentes e estruturas de apoio) para fases diferentes da formação médica.

Não se justifica que os recursos humanos e materiais das Faculdades de Medicina sejam quase integralmente consumidos na pré-graduação. Esta fase representa uma preparação preliminar para o exercício da medicina¹¹ e, como tal, deverá ser baseada em estratégias que confirmem conhecimentos indispensáveis e suficientes para o exercício eficaz de acções curativas e preventivas. Equivale isto a dizer que utilizar na formação pré-graduada matéria científica, conhecimentos tecnológicos ou perícias mais consentâneas ao exercício de especialidades (ou sub-especialidades) clínicas representa desperdícios obviamente desnecessários⁴¹.

ENSINO INTERDISCIPLINAR E INTEGRAÇÃO DE CONHECIMENTOS

A interdisciplinaridade das ciências médicas é uma realidade incontestável com importância crescente^{5,23}. Não se afigura racional que o ensino (e avaliação) das diversas disciplinas do curso médico continue(m) a decorrer em compartimentos virtualmente estanques, embora por vezes sobrepostos. Pelo contrário, esse ensino deveria florescer de uma ampla interdisciplinaridade (horizontal e vertical) de matérias afins ou sequenciais, favorável à compreensão

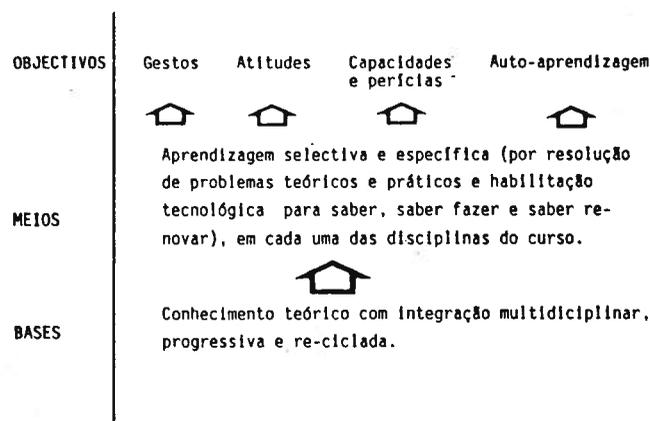


Fig. 2 - Escalonamento da metodologia educacional visando a apreciação objectiva da competência profissional.

integrada, analógica e crítica de conhecimentos, atitudes e perícias (Fig. 2.) Haveria vantagem em que o aluno de medicina do 1º ano aprendesse anatomia, bioquímica e outras matérias básicas numa perspectiva da realidade que é a do ser humano.

O objectivo educacional principal consiste em preparar profissionais competentes que utilizem a ciência para exercer medicina, e não formar cientistas médicos³¹. No entanto, a educação do futuro médico deverá assentar na solidez das ciências básicas ensinadas nos anos pré-clínicos, e continuar apoiada nesses fundamentos na fase de ensino clínico^{12,29}. Para tal, é indispensável que os docentes

de medicina clínica compreendam e cultivem a integração das ciências básicas e clínicas, e transfiram essa posição para os alunos, permanentemente^{32,44}. A selecção cuidadosa de matérias pertinentes, e a utilização de metodologias que destaquem a aplicabilidade directa ou potencial do que foi aprendido, são factores indissociáveis do sucesso do ensino interdisciplinar². E assim, apesar de não serem necessariamente cientistas, os médicos adquirem preparação para utilizar as ciências fundamentais de medicina no decurso da actividade profissional³⁷.

Os conceitos das ciências básicas raramente são transmitidos em função de situações clínicas concretas, enquanto que a aprendizagem clínica quase nunca se refere, ou baseia, aos conhecimentos aprendidos nas ciências básicas.

São requeridas soluções para que as ciências fundamentais, clínicas e de um grupo de novas áreas relacionadas, formem um conjunto pedagógico convincente^{2,3,5,12}. A interdisciplinaridade que se sugere deverá contribuir para a formação plena do futuro médico nas seguintes vertentes técnicas e sociais:

- ciências biomédicas e clínicas;
- bioestatística e probabilismo;
- ciências do comportamento, sociologia e medicina preventiva;
- ética e humanismo;

O ensino interdisciplinar poderá ser relevante na modulação do comportamento do aluno, conduzindo-o à aquisição de competências e perícias, a par com a aprendizagem de conhecimentos técnicos, numa perspectiva mais lata de ciências integradas. Objectivos educativos fundamentais que se desejariam mais implantados - aprendizagem independente e em colaboração, análise e resolução de problemas, elaboração, síntese, e apresentação de relatórios - podem ser realidades facilitadas pelo sistema de ensino interdisciplinar.

Eventualmente, a dissociação (ainda habitual) entre os factos teóricos ensinados e as situações concretas com aplicação médica estarão na base da desmotivação dos alunos, menos interessados no que aprendem do que no resultado final dos exames. Daqui resulta que o sucesso da avaliação final nem sempre represente conhecimentos perduráveis ou preparação para os aplicar a problemas específicos.

Uma das lamentações mais frequentemente ouvidas por parte dos responsáveis pedagógicos de cada disciplina reporta-se aos exames ou provas de avaliação.

Genericamente, é referido que os alunos deixam de frequentar as aulas com a proximidade das provas de avaliação; as reclamações assumem particular vigor quando a avaliação em curso é de outras disciplinas, e tem lugar no período em que decorre o ensino da própria.

Entretanto, a lógica do sistema de ensino tradicional não deixa outra alternativa²⁰. O aluno é influenciado, desde o início, por limites de tempo previsto para a aprendizagem e objectivos finais, que se traduzem na aprovação de cada disciplina, de preferência com classificação elevada. Em conformidade, a estratégia de estudos de cada aluno passa pela rentabilização, em tempo útil, da memorização exaustiva do que (segundo informações previamente recolhidas de colegas ou até, de docentes e tutores) lhe vai ser perguntado na avaliação. Se esta forma consistir num

exame final único é óbvio de que o aluno *desertará* das aulas em que a comparência não seja obrigatória (e até das que o são) para se preparar para o exame (leia-se: para a classificação) de cada uma das disciplinas em que se inscreveu. Note-se que esta estratégia estará, seguramente, em total oposição com os desígnios pedagógicos do responsável por cada disciplina e com os objectivos (decerto) estabelecidos no *curriculum*.

Admitindo que a avaliação é fraccionada ao longo do período de aprendizagem, e especificamente dirigida para a demonstração de capacidades e resultados pela aplicação concreta de conhecimentos aprendidos, a situação descrita terá pouca razão de existência. Estudos diversos, em que foram comparados grupos de alunos de medicina ensinados pelo sistema tradicional ou pelo método de aprendizagem pela resolução de problemas, evidenciaram diferenças notórias. Na generalidade, os alunos inscritos no ensino por resolução de problemas dispõem menos tempo com aulas programadas, tinham maior disponibilidade para a aprendizagem individual (desenvolvendo capacidades indispensáveis para a formação contínua), aprendiam a debater problemas e a tomar decisões com facilidade, sem prejuízo da aquisição de conhecimentos científicos^{45,46}. A eficácia da interdisciplinaridade depende da metodologia utilizada no ensino e na avaliação. O aluno não valorizará a integração das matérias científicas diferentes se estas forem examinadas em separado^{2,47}. É do conhecimento comum que os métodos de avaliação determinam significativamente o rendimento e aptidão para o que se aprende^{48,49}.

O sistema de avaliação deverá ser muito mais do que um processo administrativo, a cumprir por professores e estudantes. Estes sentir-se-ão, decerto mais motivados em aprender se a avaliação estiver adaptada a objectivos pré-estabelecidos, os recompensar pelo esforço despendido e/ou lhes possibilitar a correcção de erros e insuficiências comprovadas.

O empenhamento dos estudantes (e docentes) é fundamental para o sucesso de qualquer processo de ensino-aprendizagem³³. Por conseguinte a compreensão e aceitação dos objectivos traçados em comum são particularmente importantes no limiar de uma reforma educacional⁷.

Todavia, a interacção estudante-sistema educacional nem sempre é pacífica. Estão descritas situações em que os discentes como que resistem à aquisição das qualificações exigidas. Adicionalmente, há sinais de que o empenhamento, interesses e capacidades pedagógicas dos docentes são, com frequência, insuficientes para as funções e objectivos estabelecidos^{7,50}. A propósito, Torres Pereira⁵⁰ acentuava:

Quanto aos docentes há igualmente toda uma reforma a exigir, provavelmente só possível com o acesso de novas gerações às áreas de decisão. Efectivamente poder-se-ão considerar professores universitários funcionários públicos que passam pelos locais da Universidade em part-time, que durante o ano lectivo proferem algumas lições para uma dezena de alunos, que não estão disponíveis para atendimento destes nos Institutos ou Clínicas Universitárias, que não vivem a sua vida nesses verdadeiros locais de ensino universitário, que se preocupam mais com

a importância da sua disciplina como fonte de prestígio pessoal e social do que modestos tijolos dos edifícios da pré e da pós-graduação?

Pelo contrário o docente universitário um dia viverá integralmente nesses locais de trabalho, enriquecê-los-á pelo seu saber, pela sua experiência, pela sua preocupação em fomentar a investigação, e acima de tudo pelo seu exemplo. Há razões para crer que em termos pedagógicos essa maneira de estar, esse exemplo, seja uma das mais válidas experiências que o aluno colhe, regista e faz perdurar do professor universitário.

Levi Guerra³⁴ acentuava também a importância da disponibilidade como (outro) predicado importante requerido aos docentes:

O docente, com as exigências de qualidades pessoais e profissionais que preside, ou deve presidir, à sua escolha, é sempre, ou deveria ser, alguém possuído de dinamismo e gosto pelo ensino, motivado pela investigação científica e preparado para ela, qualificado com excelência, e portanto muito competente, na área clínica a que se dedica, através de uma prática... médica ou cirúrgica... adquirida com rigor, zelo, treino e estudo, resultado entre outras coisas da sua disponibilidade pessoal durante a aprendizagem clínica e a disponibilidade de quem o deve ensinar. Depois há que manter todas essas vertentes em grande plano de actuação permanente.

O ambiente (humano) das Faculdades de Medicina influencia o processo de aprendizagem dos estudantes e, inclusivamente, as suas atitudes futuras perante determinadas situações clínicas¹¹.

Este aspecto, recordado em editorial do *Lancet*⁵¹, mantém perfeita actualidade no presente. O melhor docente não é o que sabe mais ou tem mais experiência, mas sim aquele que pelo seu exemplo e rigor, ajuda o aluno a aprender, e a concentrar finalidades no que aprende:

...Teachers have little expertise in educational methods. No pressure is placed on them to acquire it and there are few incentives offered to those who wish to improve their teaching. It is assumed that enthusiasm, experience, or knowledge of a subject can compensate for this deficiency. But this is not the case. The best teachers are those who help students to learn effectively; they are not necessarily the most popular individuals or the best lecturers. There is much more to the promotion of learning than the transfer of information. An educational programme involves many teachers and should be properly planned and coordinated if it is to be both effective and efficient. At present curricula are designed, time allocated, teaching methods chosen, and examinations prepared without anyone having a clear idea what students should be able to do at the end of the course. Some may believe that such a laissez-faire attitude is a desirable characteristic of university education but it seems a curious way to handle anything as important and expensive as the training of doctors.

O idealismo dos primeiros anos poderá desvanecer-se ao longo do curso, consoante forem as condições de aprendizagem e os docentes que tutelam. Por isso há quem afirme que as convicções do aluno de medicina, à medida que progride no curso, tendem a transitar do idealismo para o

cepticismo, para finalizarem de cinismo¹¹. Em parte, estas atitudes funcionam como escape de emoções geradas na vivência inexperiente de situações penosas, de dor e morte. Cabe aos docentes moderar esses comportamentos, sob pena de se tornarem definitivos e, portanto, inconvenientes e indesejáveis pelos doentes.

Na realidade, haverá algum doente que tenha confiança num médico que não lhe atenda as queixas, que não lhe suavize a dor ou que o trate como uma *não-pessoa*?

APRENDER A FAZER BEM

A competência profissional é a consequência natural da boa aprendizagem (teórica e prática) de qualquer ramo do saber. A perícia conseguida será o resultado da aplicação prática, intensa e rigorosa, dessa competência. A competência e a perícia são predicados importantes nos clínicos qualificados que oferecem confiança aos doentes. O objectivo prioritário em medicina é (ainda) dar solução eficaz aos problemas que afligem os doentes, e simultaneamente, proteger a saúde dos indivíduos⁹.

Analisando o relato (pitoresco) do sistema tradicional de ensino médico em Inglaterra através de extractos publicados no *Lancet* (cit. em 52) nos fins do século passado há razões para duvidar da competência profissional dos clínicos da época, pelo menos junto dos que foram os seus primeiros (muito propriamente) pacientes:

...at a recent examination...the candidates were asked to describe a vernier, an instrument for estimating fractional measurements. The written answers were admirable descriptions of the apparatus in question. At the viva voce examination students were shown a vernier. Not one of them knew what it was (Lancet 1880; ii: p. 572)

What is meant when we speak of hospital work by a student? What do we find? A physician of eminence at a certain hour every day, say at noon, enters his ward with a train of thirty or forty students. He has probably fifty patients to attend to. He can spare only two or three minutes, scarcely so much, to each. He is accompanied by two clinical clerks; one writes the symptoms etc. in a book from the physician's dictation; the other, also from his dictation, writes the recipes in a book, to be made up by the dispenser. He then passes on to the next bed... What possible instruction can a student derive from such a system as this? (Lancet 1881; ii: p. 87)

...the (clinical) examination at the College of Surgeons was certainly practical, though it did not take place at the bedside, and the same might be said of the examination at the Apothecaries' Hall. There were sixteen or twenty patients present, and the examiner (sic) asked each candidate in the space of time allowed (ten minutes) to examine a case, and give a rapid diagnosis (Lancet 1875; ii: p. 11)

Apesar do absurdo da situação, alguns resquícios daquela metodologia educativa são detectáveis nas Faculdades de Medicina actuais, conduzindo (inevitavelmente) a resultados comparáveis^{37,39}. Por outras palavras, um número considerável de Faculdades de Medicina não confere preparação adequada aos seus alunos, pelo menos quanto à capacidade de tomar decisões objectivamente correctas, capacidade de execução e/ou perícias nos actos médicos. Justifica-se do exposto a afirmação de que muitos destes

actos são baseados mais no ritual do que na razão^{11,37} o que representa a falência de um processo educativo sobrecarregado com informações, muitas das quais inúteis⁷.

Entre outras capacidades indispensáveis, o futuro médico terá de aprender a tomar decisões, muitas vezes baseadas em incertezas (biológicas, sociais e/ou pessoais) e, apesar de tudo, ter a consciência da responsabilidade assumida, e a resistência psicológica para lhe suportar as consequências²⁴.

A prática da medicina está em constante mutação, não sendo raro verificarem-se alterações drásticas, designadamente nos fundamentos científicos e soluções terapêuticas desenvolvidas para determinadas situações patológicas⁵³. Nesta aproximação, os problemas médicos deverão ser resolvidos (racionalmente) por conceitos científicos e tecnologias apropriadas⁷. Isto não significa, porém, que as exigências concretas dos doentes (físicas e psicológicas) sejam solucionadas, ou que a mudança de atitudes represente uma reforma dos comportamentos e perspectivas dos docentes, e da metodologia educacional que utilizam.

Todavia, a adaptação dos cuidados médicos às necessidades dos doentes não seria na opinião de Bloom³, mais do que uma (quase) utopia; já que os cuidados médicos *seriam forçados a adaptar-se ao progresso das ciências básicas de Medicina*.

A ser assim, haveria discontinuidades potenciais entre o que os doentes precisam e o que lhe é disponibilizado pelo sistema de educação médica. De facto, cada uma das posições referidas pré-figura perspectivas diferentes do que é a medicina e do modo como deverá ser ensinada.

Há quem (amargamente) considere que a ideologia humanística da educação médica (objectivada para preparar clínicos com capacidades e aptidões para solucionar as necessidades de saúde de uma sociedade em mudança) não é mais do que um cenário³. O principal interesse das instituições de ensino médico estaria na investigação, ocupando a educação um lugar secundário, praticamente imutável em métodos e objectivos²⁸. Em termos práticos, este percurso dissociado das realidades sociais, baseado num processo educativo com fundamentos nas ciências e na tecnologia, conduziria à alienação do médico e à desumanização da Medicina^{3,28}.

Não é certo que a transmissão da informação científica entre os que ensinam e os que a aprendem conduza, implicitamente, à aquisição de novos comportamentos. Todavia, este é (ainda) um pressuposto do processo de educação passiva, que se apoia na memorização de factos, em aulas magistrais e nos exames (únicos) finais. O que o aluno aprendeu e deveria *saber fazer* é frequentemente secundarizado pelo *saber descrever bem como se faz*, isto é, pelo saber livresco. As consequências (imprevisíveis) deste desacerto justificam preocupação e reflexão, com incidência no plano curricular do curso e, fundamentalmente, na perspectiva social e filosófica em que assenta.

Os *curricula* derivam genericamente de perspectivas educacionais que (em determinado momento, sistema ou instituição) se afiguram mais convenientes para os objectivos definidos³. Naturalmente, um plano curricular (convencional), que se articule prioritariamente na investigação e no conhecimento científico, difere (em conteúdo e estratégia) do sistema de formação de clínicos vocacionados para a prestação de cuidados primários de saúde. Tendo em conta estes dois modelos haverá necessaria-

mente diferenças na organização estrutural de cada Faculdade de Medicina, no perfil dos docentes contratados e nos critérios de selecção dos novos alunos⁵⁴.

Atendendo a que a educação médica é indissociável da prestação de cuidados clínicos, qualquer modificação nesta vertente poderá justificar a re-avaliação e/ou reformulação (pontuais ou alargadas) do processo educativo em uso. Fundamentalmente, interessa a todos (docentes, médicos, instituições do ensino e governo) que as Faculdades preparem clínicos competentes para dar solução às necessidades assistenciais da população³⁸ e não, como dizia Fernando de Pádua⁵⁵ *para aprender técnicas terapêuticas que não irão usar, parar tratar doentes que não irão ter*.

Numa análise simplista do problema, haverá poucas dúvidas de que um ensino médico sustentado na patologia típica das enfermarias hospitalares, e apoiado em exames auxiliares de diagnóstico sofisticados não garante, por si, preparação e experiência adequadas à assistência clínica a doentes ambulatoriais^{2,44,50}.

Tomando ainda como exemplo extremo os *curricula* e conteúdos do programa ensinado nas Faculdades de Medicina nacionais, será utópico admitir que a aprendizagem af decorrente tenha plena utilidade para os jovens médicos que venham a exercer actividade clínica nos países em que o paludismo, a bilharziose e outras parasitoses e infestações constituem a primazia da patologia local.

Limitações equivalentes são enfrentadas por todos os jovens clínicos que transitam dos hospitais centrais escolares para uma comunidade rural, onde os recursos radiológicos e as análises mais simples podem distar dezenas (ou centenas) de quilómetros, muitas vezes ultrapassam as possibilidades económicas dos doentes e cujos resultados demoram a chegar. Nestas condições (de modo nenhum excepcionais) será que as Faculdades de Medicina nacionais estão a formar clínicos capazes de ultrapassar as dificuldades e carências de meios, aptos a resolver problemas psicossociais e, essencialmente, a prestar assistência médica a essas populações? E, além disso, capazes de auto-renovar conhecimentos durante toda a vida profissional?

As contínuas modificações de organização e formas de vivência das sociedades contemporâneas reflectem-se no Homem, sendo causa potencial de desequilíbrios psicológicos e/ou de patologias somáticas diversas. Todavia, essas alterações que surgem, requerendo cuidados clínicos adequados, não estão a ser acompanhadas por reacertos específicos do sistema de formação médica. Dqui resultam eventuais discrepâncias entre a assistência requerida e a facultada. Grande parte dessas lacunas de formação, com particular relevância nos médicos mais antigos, incidem na medicina preventiva, aspectos psicossociais e alterações do comportamento isto é, nos sectores que representam actualmente as preocupações primordiais na área da Saúde⁵³ e que, segundo McGuire² constituem prioridades para o futuro próximo:

... health-care needs suggests some areas of required improvement in medical education. Specifically: greater concern for professional attitudes so that patients are guaranteed compassionate, personalized care; more attention to the process of medical decision-making to assure that patients receive the most efficacious treatment no matter how or where they fall ill; and a shift in emphasis from acute care to health promotion, as the most efficient,

effective and humane way of utilizing scarce resources...

Na ausência de re-ajustamentos curriculares que acompanhem as novas necessidades assistenciais da comunidade, e não sendo essa formação tutelada por clínicos experientes, é de prever que os médicos recém-licenciados tenham dificuldades (de adaptação e de concretização) profissionais. Eventualmente, o interesse dos recém-licenciados por especialidades ou sub-especialidades com elevado índice tecnológico (e de preferência com pouco ou nenhum envolvimento na assistência directa a doentes) sublinhará a discontinuidade que começa a existir entre o perfil do médico formado pelas actuais Faculdades de Medicina e a realidade assistencial que os aguarda^{53,56}.

O êxito da formação médica passa pela definição prévia dos objectivos, gerais e específicos^{19,56}. Enquanto que os objectivos gerais são suficientemente consensuais nos (grandes) princípios indiscutíveis, os específicos levantam contestações episódicas.

É importante definir o significado da competência médica a partir do momento em que o médico de base (ou pluripotencial) tem permissão para exercer clínica não tutelada. Esta preocupação é justificada pelas inúmeras solicitações de natureza médica e não-médica a que um jovem clínico está sujeito desde o início da carreira, com frequência sem apoio relevante de colegas mais experientes. As qualidades e capacidades requeridas a um médico pluripotencial serão eventualmente semelhantes às exigidas aos clínicos *gerais* alemães na década de 70; de todos os doentes examinados, cerca de 70% tinham afecções próprias de medicina interna, 8% eram situações ginecológicas e 8% psiquiátricas. Desses doentes, 90% eram tratados directamente, sendo 8% remetidos para os especialistas e 2% para o hospital. No total, 87% dos medicamentos receitados aos doentes eram prescritos pelos clínicos *gerais*⁵⁷.

O Quadro 1 apresenta uma proposta das principais capacidades a desenvolver na pré-graduação.

QUADRO 1 - Capacidades a objectivar no futuro médico

- 1 - Memorizar e manipular constantemente factos, conceitos e teorias
- 2 - Resolver problemas com rigor, perspicácia e persistência
- 3 - Utilizar meios informáticos para fins específicos
- 4 - Elaborar relatórios, pareceres e outra documentação específica
- 5 - Utilizar literatura médica
- 6 - Abordar o paciente de modo prioritariamente humanitário
- 7 - Executar um conjunto pré-definido de manobras e tarefas, algumas das quais perigosas, embora essenciais
- 8 - Prevenir, diagnosticar e tratar um conjunto pré-definido, de situações patológicas, e ter a noção do seu custo para o doente e sistema pagador
- 9 - Aconselhar indivíduos e seus familiares perante o sofrimento, e situações de vida ou morte.

Na realidade, em fase precoce da actividade clínica pós-graduada, devem esses médicos possuir capacidades intelectuais, competências e perícias polivalentes, suficientes para desempenharem cabalmente a profissão a nível geral, ou para enveredarem pela aprendizagem duma especialidade à escolha^{37,53}.

O reforço da integração entre a teoria e a prática conduz, inevitavelmente, à compreensão dos gestos e práticas e ao aumento da competência clínica. Acresce que os proble-

mas serão resolvidos melhor se situações equivalentes forem observadas e aprendidas anteriormente^{39,53}. Por conseguinte, os objectivos específicos do *currículum* médico das Faculdades de Medicina devem acentuar a aprendizagem de conhecimentos, atitudes e gestos essenciais, reservando os pormenores e sofisticacões próprias das especialidades para a pós-graduação^{19,28}.

A enumeração das competências e práticas essenciais exigíveis ao médico polivalente recém-licenciado poderá afigurar-se uma redundância para alguns sectores docentes menos atentos às realidades do meio.

Um desses argumentos (talvez o mais comum) considera que a enumeração pormenorizada dos gestos e perícias que um recém-licenciado deve saber executar com precisão, contraria o sentido da educação universitária. Todavia, há razões para crer que a definição precisa desses objectivos específicos oferece vantagens inegáveis⁵¹, designadamente: (i) orienta (com apoio docente) a aprendizagem dos discentes para uma finalidade precisa, (ii) apoia os critérios de avaliação dos progressos atingidos, e (iii) facilita a planificação (e adaptação) do plano curricular em torno dessas especificidades.

No conjunto, pretende-se que três objectivos essenciais da educação médica - *saber, saber fazer, e saber estar* - sejam conseguidos conforme um plano pré-estabelecido, que culminaria na formação de médicos profissionalmente competentes.

CONCLUSÃO

A preparação e desenvolvimento da pré-anunciada Reforma do Ensino Médico nacional deverá ser (muito) mais do que um processo reformista. Para que seja autêntico, na plena assunção da palavra Reforma, exige criatividade, clarividência, ousadia e, sobretudo, grande empenhamento educativo por parte dos seus intervenientes directos.

Fundamentalmente, para que seja eficaz e duradoura nos propósitos terá chegado o momento de basear a Reforma curricular numa filosofia educacional de horizontes alargados para além dos minúsculos interesses individuais dos principais protagonistas; e que passa pelos pontos de reflexão seguintes:

1 - A Formação Médica é um processo educacional complexo e prolongado que tem por objectivo principal formar profissionais competentes e aptos a manterem-se actualizados durante toda a vida profissional, visando o tratamento do homem doente e a preservação da sua saúde.

2 - A Formação Médica fundamenta-se no conhecimento científico e deverá ser dirigida para realidades concretas e a antecipar, que exigem, além do saber técnico, elevada compreensão pelos valores sociais, éticos, e psicológicos do homem, na doença e na saúde.

3 - A Educação Médica tem por objectivo o desenvolvimento de quatro vertentes essenciais - profissional, cultural, progresso do saber e transmissão de conhecimentos - em qualquer das fases da formação.

4 - A Formação médica engloba três fases sequenciais - pré-graduação, pós-graduação e contínua - que requerem permanente re-avaliação e adaptação às realidades técnicas e sociais.

5 - A Formação Médica pré-graduada, da responsabilidade exclusiva das Faculdades de Medicina, deverá ter

lugar em laboratórios, salas de aulas, enfermarias, centros de saúde e domicílios dos doentes e indivíduos carentes de cuidados de saúde.

6 - O Ensino Médico pré-graduado deverá basear-se num *currículum nuclear*, que inclua conceitos das ciências básicas e clínicas, do comportamento, probabilísticas, sociológicas e da informação.

7 - Essencialmente, o *currículum nuclear* constitui um plano pré-estabelecido para a formação de médicos competentes pelo *saber, saber fazer e saber estar*.

8 - O médico recém-licenciado terá formação *pluripotencial*, podendo optar pelo exercício da actividade assistencial, investigação e/ou docência médicas.

9 - A eficácia, desenvolvimento e actualização teórica e prática da Formação Médica são condicionados pela congregação de estruturas, meios e pessoas dependentes da dupla tutela: Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Carências em um ou mais desses suportes limitam a eficácia educacional, e *ipso facto*, a qualidade da actividade profissional, designadamente a de âmbito assistencial.

BIBLIOGRAFIA

1. ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. PHYSICIANS FOR THE TWENTY-FIRST CENTURY. Report of the Project Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine, Association of American Medical Colleges. J. Med. Educ. 1984; 59, part 2.
2. MARSTON R.Q.: The Robert Wood Johnson Foundation Commission on Medical Education. The sciences of medical practice, summary report. J. Am. Med. Assoc. 1992; 268:1144-1145.
3. BLOOM S.W.: The medical school as a social organization: the sources of resistance to change. Med. Educ. 1989; 23:228-241.
4. PINTO MACHADO J.: Para uma reforma da educação médica. Educ. Med. 1992; 3:56-61.
5. BUCKLEY E.G.: Basic medical education in transition (editorial). Med. Educ. 1993; 27:113-115.
6. HARDEN R.M.: Approaches to curriculum planning. Med. Educ. 1986; 20:458-466.
7. GRANT J., GALES R.: Changing medical education. Med. Educ. 1989; 23:252-257.
8. RAMALINGASWAMI V.: Medical education: how is change to come about? Med. Educ. 1989; 23:328-332.
9. McGUIRE C.: The curriculum for the year 2000. Med. Educ. 1989; 23:221-227.
10. HARDEN R.M.: Ten questions to ask when planning a course or curriculum. Med. Educ. 1986; 20:356-365.
11. JEFFERY M., ELSTON M.A.: The medical school as a social organization. Med. Educ. 1989; 23:242-251.
12. TOSTESON D.C.: New pathways in general journal medical education. N. Engl. J. Med. 1990; 322:234-238.
13. MOY R.H.: Critical values in medical education. N. Engl. Med. J. 1967; 301:694-697.
14. SWINEFORD O.: Medical education: retrospective and prospective observations Southern. Med. J. 1977; 70:191-194.
15. EDITORIAL: Medical education and political reform. Med. Educ. 1992; 26:263.
16. MELLIÈRE D.: Stratégie pour l'amélioration de l'enseignement médical et des soins. Nouv. Press. Méd. 1975; 4:595-598.
17. THE EDINBURGH DECLARATION. Lancet 1988; ii:464.
18. EDITORIAL: The World Conference on Medical Education. The Main Subjects and Discussion. Med. Educ. 1988; 22:483-487.

19. PINTO CORREIA J.: Revisão do curriculum escolar no ciclo clínico. *Acta Méd. Port.* 1985; 6:125-127.
20. CLAWSON D.K.: The education of the physicians. *Acad. Med.* 1990; 65:84-88.
21. ENGEL G.L.: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*; 1977; 196:129-136.
22. PINTO MACHADO J.: Divagações sobre a reforma do Curso Médico. III Objectivos do Curso. *O Médico* 1975; 76:240-241.
23. CELESTINO DA COSTA J.: Nota de Introdução (à V Reunião da Sociedade Portuguesa de Educação Médica - Hospitais Universitários II - As Soluções Necessárias, Lisboa 10 de Outubro de 1992). *Cadernos de Educação Médica* 1993; 1:64-70.
24. TOSTESON D.C.: Learning in Medicine. *N. Engl. J. Med.* 1979; 301:690-694.
25. RECOMMENDATION ON BASIC MEDICAL EDUCATION: General Medical Council: Education Committee, Great Britain 1980.
26. RELATÓRIO DA COMISSÃO DE REFORMA DO ENSINO MÉDICO (presidente: N. Cordeiro Ferreira), *Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Médica*, 1993; 3 (2): 27-29
27. PINTO MACHADO: Divagações sobre a reforma do curso médico. III Objectivos do curso. *O Médico* 1975; 76:191-193.
28. FRASER R.C.: Undergraduate medical education: present state and future relads. *Br. Med. J.* 1991; 303:41-43.
29. THE ACADEMIC MEDICINE GROUP (Chairman: R. Hoffenberg). *Academic medicine: problems and solutions.* *Br. Med. J.* 1989; 298:573-575.
30. EVANS B.M.: Educating - for a qualification or a career? *Biochem Educ.* 1991; 19:121-124.
31. EICHNA L.W.: Medical school education, 1975-1979. A student's perspective. *N. Engl. J. Med.* 1980; 303:727-734.
32. MILLER GUERRA J.P.: - As universidades tradicionais e a sociedade moderna. Moraes Editores, Lisboa 1970.
33. LOBO ANTUNES J.: Reflexões sobre uma reforma do ensino. *Boletim da Faculdade de Medicina de Lisboa* 1989; n° 45:6-8.
34. GUERRA L.: Reformas e reformas (Editorial). *Arq. Med.* 1991; 5:72
35. CALMAN K.C., DOWNIE R.S.: Education and training in medicine. *Med. Educ.* 1988; 22:488-491.
36. DEFENCE R.A.: To be educated or to be trained? (Editorial). *Mayo Clin. Proc.* 1989; 64:1022-1023.
37. DORNHORST A.C.: Information overload: Why medical education needs a shake-up. *Lancet* 1981; ii:513-514.
38. COTTON P.: Medical schools receive a message reform yourselves, then take on health care system. *JAMA* 1991; 266:2802-2804.
39. McMANUS I.C.: A core medical curriculum (Editorial). *Br. Med. J.* 1989; 298:1051.
40. CHARLTON B.G.: Reshaping the preclinical medical curriculum: a modest proposal. *Biochem. Educ.* 1991; 19:192-193.
- 41.: FLEMING W.: The national curriculum and medical education (Editorial). *Br. Med. J.* 1989; 298:135.
42. NOSSAL G.J.V.: Science on the medical curriculum. *Lancet* 1976; ii:840-842.
43. SZENT GYORGYI A.: Teaching and the expanding knowledge. *Science* 1964; 146:1278-1279.
44. PÁDUA F.: Apreciação do currículo escolar. *Rev. Port. Terap. Méd.* 1985; 9:153-158.
45. JONES R.F., ANDERSON M.R., SWANSON A.G.: Pre-clinical curriculum characteristics and institutional performance on NBME part 1. *J. Med. Educ.* 1986; 61:872-877.
46. RICHARDS B.F., CARIAGA L.D.: A comparison between students in problem based and traditional curriculum at the same medical school preparing for the NBME part 1. *Med. Educ.* 1993; 27:130-136.
47. MEHLER A.H.: Integration of examinations and education. *Biochem. Educ.* 1992; 20:10-13.
48. MAZER A.: La vraie réform pédagogique. *Nouv. Press. Méd.* 1976; 5:1651-1653.
49. MARTINS E SILVA J.: Relatório Pedagógico, Univ. Lisboa, 1977.
50. TORRES PEREIRA A.: Existe uma perspectiva europeia nos ciclos básico e pré-clínico da Educação médica? *Boletim FML* 1987; n° 22:1-3.
51. EDITORIAL: Goals and objectives in medical education. *Lancet* 1977; ii:985-986.
52. YOUNGSON A.J.: Medical education in the later 19th century: the science take-over. *Med. Educ.* 1989; 23:480-491.
53. PARRY K.M.: The curriculum for the year 2000. *Med. Educ.* 1989; 23:301-304.
54. MAHLEU B, BELAND F, PINCAULT R, RIVEST P, VALOIS L.: Do conventional and innovative medical schools recruit different students? *Med. Educ.* 1989; 23:30-38.
55. PÁDUA F.: Do ensino e da investigação em Terapêutica Médica. *Rev. Port. Terap. Méd.* 1967; 1:1-13.
56. McCARTY D.J.: Why are today's medical student choosing high-technology specialities over internal medicine? *N. Engl. J. Med.* 1987; 317:567-569.
57. ÉMERIT J. Les études médicales en Europe occidentale. *Nouv. Press. Méd.* 1977; 6:2087-2088.
- 58 - NEWBLE D.T. Assessing clinical competence at the undergraduate level. *Med. Educ.* 1992; 26:504-511.