

AINDA, A EDUCAÇÃO MÉDICA

A Acta Médica Portuguesa ao proporcionar nos últimos números a publicação de três trabalhos sobre Educação Médica, mostra um louvável interesse por uma área, que é tão importante como ignorada pela grande maioria dos profissionais de saúde.

Na verdade Educação Médica a todos diz respeito, pois que em grau diverso, a totalidade dos médicos deve estar envolvida nas duas vertentes, docência e discência, ao cumprir o juramento de Hipocrates, que mais não diz, que é obrigatória a comunicação técnica e científica entre pares. Comunicar não é o mesmo que ensinar, é dar e receber informação, é dialogar, é encontrar a solução em grupo...

Esta inquietação, em relação ao estado da Educação em Portugal, que muitos estão sentindo e que alguns têm vindo a denunciar, notadamente na área da Saúde, é importante que atinja grandes audiências, criando um clima de real preocupação junto das entidades responsáveis, no apoio às propostas de solução possível e temporalmente aconselhável para esta problemática.

A profissão médica obriga hoje ao desdobramento de personalidades e de competências, que raramente é possível ser simultânea e sucessivamente pertença de um único técnico. Defende-se correntemente que a abordagem dos doentes é ao contrário dum passado recente, multidisciplinar. No tratamento dum doente envolvem-se hoje equipas, compostas por técnicos com diferenciação diversa, que quando habituados a trabalhar em conjunto resolvem cabalmente problemas clínicos complicados e multifacetados. Se pelo contrário o doente é seguido por especialistas trabalhando independentemente, o resultado é as mais das vezes negativo e a experiência recomenda que é preferível que o doente seja orientado por um único médico, menos informado embora, do que por diversos trabalhando sectorial e independentemente.

Na carreira médica a necessidade de trabalhar em grupo não visa apenas directamente a melhoria dos cuidados médicos aos doentes. Tem também que ver com a satisfação profissional, que a melhoria dos conhecimentos técnicos e científicos proporciona, e que só é cabalmente obtida quando o profissional desenrola a sua actividade em grupo e com condições adequadas.

Hoje todos os médicos têm no desempenho da sua profissão de possuir competência, em sectores de actividade tão diversificados, que tornam a «praxis» médica extremamente difícil e complicada.

O médico tem de ser em grau diverso, em função da idade, da sua evolução profissional, da sua opção de vida, um profissional particularmente vocacionado para o desempenhar, com qualidade, de diversas actividades. Tais como:

- a de profissional como técnico de saúde;
- a de investigador, interessado numa área científica;
- a de docente, especializado em comunicação;
- a de gestor, susceptível de coordenar recursos humanos, financeiros, espaços, equipamentos ...
- a de um técnico de relações públicas, vocacionado na defesa da imagem da sua profissão, da sua instituição e do seu país;
- e, sobretudo, tem de ser um cidadão exemplar e cumpridor escrupuloso da sua ética profissional.

Em todos estes *itens* devem os médicos possuir competências em grau diverso, de acordo com a sua evolução etária, as suas características particulares e as necessidades institucionais.

Pensamos que as inovadoras propostas de H. Gil Ferreira só poderão ter implantação prática se forem criados Departamentos, onde coabitem profissionais, que embora dominando todas as valências enunciadas, se especializem particularmente em uma delas. Só assim é possível ver a actividade assistencial, a docência, a investigação, a gestão... praticadas em grupo, numa vivência global, mas com especializações sectoriais. Com o tempo atenuar-se-á o peso dos títulos, quer académicos, quer assistenciais, quer administrativos. O melhor Docente nem sempre será o primeiro em Investigação ou o preferido para nosso Médico. O Director provavelmente deve dedicar grande parte do seu tempo como Gestor ou como Relações Públicas.

As actividades predominantes de cada um devem mudar ao longo da carreira de cada profissional, sendo desejável até, que essa mutação seja regra. Deve ser defendido o combate à adesividade burocrática aos lugares na carreira. Para nenhum destes lugares haveria estatuto vitalício, mas tudo se faria para se não perderem competências e experiências.

Assim é possível criar *cientistas* que vivam com *técnicos* e retirar de ambos os dividendos adequados. Os Doutorados, futuros Investigadores e/ou Docentes *séniors* serão feitos mais cedo, por constituírem actividades correntes do departamento, como sugere H. Gil Ferreira.

Penso que tal, como explica Martins e Silva, as Faculdades de Medicina estão em condições de anunciar objectivos que permitam formar um médico pluripotencial e à partida logo diversificado, implantando um *core curriculum* cada vez mais pontual, mas exigente, com menos tempo de escolaridade mas com melhor qualidade. O resto do programa pré-escolar seria progressivamente mais livre, cada vez mais próximo do *menu* de áreas científicas creditadas e à escolha dos alunos.

Assim à partida se proporcionava a possibilidade de licenciar indivíduos predominantemente cientistas ou técnicos em saúde. A docência caberia àqueles particularmente vocacionados para o ensino, com uma bagagem teórica e prática de pedagogia. Cada Instituição Universitária, Hospitalar ou de Investigação, de preferência unitárias, defenderia as suas opções programáticas.

A nova lei dos Doutoramentos traz inovações importantes entre as quais a de proporcionar a possibilidade de mais um Orientador, de envolver mais a Escola na responsabilidade de acompanhar o Doutorando e obrigando este a apresentar uma Tese e não uma Monografia.

Não faz sentido a criação dos *Superdoutores* do programa Ciência I, sem cuidar da sua futura integração. Como não podemos aceitar que a Investigação tenha fugido das Universidades e esteja entregue ao Ministério do Plano. Não julgo que a investigação médica possa competir a nível nacional com a investigação noutros sectores, como pecuária, engenharia, história ou filosofia ... Não porque essa investigação não tenha qualidade (lembrar que Medicina deu o único Nobel português), mas pela dificuldade em comparar temáticas tão diversas, com júris de constituição heterogénea julgando propostas de programas sem qualquer afinidade e elegendo áreas e não projectos.

Pensamos também que se a investigação pode ser *importada* deve todavia ser adaptada à realidade portuguesa actual. As instituições devem criar os seus planos a curto e a longo prazo e serem suficientemente complacentes para aglutinarem os *jovens mais ou menos americanizados* que possam surgir.

Há todavia que, desde já, afirmar que qualidade na investigação não significa obtenção de grau definitivo numa carreira burocrática de investigação. Um bom investigador aos

trinta anos pode ser apenas um bom docente aos cinquenta ou um razoável profissional da carreira médica aos trinta e cinco anos. A troca de posições nas áreas de trabalho do departamento é assim desejável, mas pondo sempre em primeiro lugar os objectivos da instituição integrada no país que temos e na hora que passa ou que estiver a passar.

Também o Ensino Pós-graduado e Continuado de Medicina Interna mereceram judiciosas considerações da parte de Barros Veloso. A superespecialização está a chegar ao fim nos Estados Unidos. Temos de a travar entre nós. A estratégia defendida por Martins e Silva para a implantação da Reforma do Ensino Médico já contempla a luta contra a sectorização da medicina, desde a fase inicial da aprendizagem.

No Ensino Continuado e na Reciclagem Temática no Pós-graduado será necessário criar uma onda de vontades que partindo dos Hospitais e das Universidades e liderada pela Ordem dos Médicos defina a qualidade e a necessidade dos *produtos* apresentados. A implantação de créditos para cada uma das acções de formação é mandatória. Só assim será possível distinguir o trigo do joio e evitar a *comercialização* desses eventos.

Queremos a terminar chamar a atenção do leitor para o paralelismo existente entre Serviços de Saúde e Empresas de Mercado nacional ou internacional, que são fonte de recursos financeiros, técnicos e humanos visando a apresentação de «produtos» que interessam à comunidade.

A apresentação deste paralelismo não tem por finalidade a defesa duma tese sociológica, mas a de adequar uma Estrutura, os nossos Serviços de Saúde, com grande historial e um percurso eivado de êxitos, a conceitos de moderna gestão, que a tornem mais rentável e integrável no ambiente socio-económico ora dominante, sem perda da qualidade de que o seu passado é penhor.

Na verdade uma boa gestão consiste em extrair produtividade máxima de um grupo de técnicos, propiciando a execução calculada de tarefas contemplando (1) o Planeamento, (2) a Organização, (3) a *Liderança* e (4) o Controlo do empreendimento.

1- O Planeamento consiste fundamentalmente em fixar objectivos, definindo concreta e previamente para onde se quer ir. O Planeamento é uma componente primordial da gestão e a sua proposta e acompanhamento o definidor duma boa gestão.

2- A Organização tem por finalidade distribuir tarefas e delegar autoridade, sendo também uma função importante de gestão. Há que ter em vista que a cooperação é a mola fundamental do progresso da Empresa, para entender a complexidade e dificuldade deste acto.

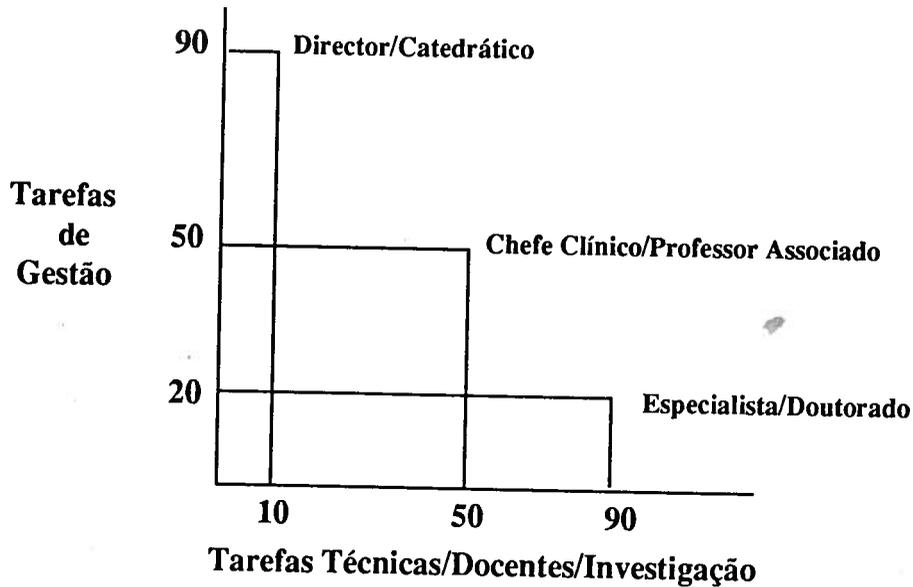
3- A Liderança ou em português direcção ou orientação consiste em criar mecanismos que levem à motivação dos elementos do grupo a actuarem com eficiência e solidariedade. Esta acção da gestão comporta a formulação de juízos, a tomada de decisões concretas, a selecção de pessoal, o desenvolvimento e o treino da equipa, a criação de motivação do grupo sem esquecer que os bons resultados dependem duma boa comunicação intra e extra-empresa.

4- O Controlo da qualidade dos produtos realizados deve ser baseado na comparação com padrões previamente definidos, quer em função de experiência própria quer alheia. Em Medicina há muita dificuldade em classificar quem classifica. Devem ser previstas medidas correctivas com o objectivo de anular os desvios negativos que se verificarem.

A gestão pode ser exercida a vários níveis, desde a gestão global (Director) até à de pequenos grupos (Chefe de Clínica/Professor Associado, Especialista/Doutorado ...).

Em cada um desses extractos podemos verificar que existem graus diferentes de envolvimento na tomada de decisões em função do local da cadeia de comando em que o elemento se situa. Também conforme se vai *descendo* na hierarquia maior é o grau de actividades técnicas e menor o grau de funções de gestão.

Assim o Gestor global tenderá a ser um *gestor quase puro* enquanto que um Especialista, ou um Doutorado terá um desempenho que se poderá estimar em 20% de Tutor e 80% de Técnico (Fig.1).



Num clima extremamente propício à mudança na Educação Médica surgiram estes três importantes artigos de opinião. Saudemos os seus autores e façamos votos que consigamos todos, em grupo, ir convencendo as Entidades Oficiais, da importância e das singularidades da Educação Médica.

Lutando e corrigindo em várias frentes pensamos que haverá possibilidade de se ser feliz na profissão médica em Portugal. O mais grave será se neste sector continuar a não acontecer nada. Importar ideias e processos nem sempre nos oferecerá a solução. Maiuscular as nossas ilusões, defender as nossas verdades, explicar as nossas singularidades faz parte, de momento, da fase inicial desta nossa viagem. Lá mais ao longe teremos de criar turbulência, se continuar a não acontecer nada...

CARLOS RIBEIRO