

Educação Médica e Profissionalismo



Medical Education and Professionalism

João MARTINS e SILVA^{1,2}

Acta Med Port 2013 Jul-Aug;26(4):420-427

RESUMO

É analisada, sucintamente, a evolução que os objectivos, estratégias e modelos de formação médica têm tido desde a apresentação e subsequente aplicação do célebre modelo de Abraham Flexner, faz agora 103 anos. Ainda que globalmente aceite nos seus princípios e instrumentos pedagógicos originais, aquele modelo não tem evitado uma continuada insatisfação junto da comunidade médica e alunos, a que crescem, mais acentuadamente nas últimas décadas, as exigências em cuidados de saúde mais eficientes por parte da sociedade, em geral, e dos doentes em particular. Em resposta a estes desideratos, a comunidade médica sentiu que era indispensável rever os critérios tradicionais do profissionalismo médico, adequando-os a um novo paradigma de sociedade e a um adequado e mais eficiente modelo de formação médica. Nesse propósito, são analisadas estratégias e metodologias, entretanto propostas, aparentemente mais adequadas à inclusão dos princípios e responsabilidades do profissionalismo médico desde o período inicial do ensino médico pré-graduado. Admite-se que a ênfase no ensino e na prática da reflexão ao longo do curso terão repercussões positivas e duradouras durante a vida profissional activa. Todavia, entende o autor que o sucesso das medidas a introduzir nos programas educação médica em prol de um novo modelo de profissionalismo continua a depender, sobretudo, dos atributos humanísticos e cognitivos dos alunos a serem escolhidos, e da qualidade pedagógica, académica e profissional dos seus docentes.

Palavras-chave: Competência Profissional; Educação Médica; Modelos Educacionais; Papel do Médico.

ABSTRACT

Is briefly analyzed the evolution that the objectives, strategies and models of medical education have had since their presentation and subsequent implementation of the famous model of Abraham Flexner, is now 103 years. Although globally accepted in their original pedagogical principles and instruments, that model does not have avoided the continuing dissatisfaction by the medical community and students and, most markedly in recent decades, the demanding of a most efficient health care by society, in general, and by patients in particular. In response to these ambitions, the medical community felt that it was essential to review the traditional criteria of medical professionalism, adapting them to a new paradigm of society and an appropriate and more efficient model of medical education. In this respect, are analyzed strategies and methodologies, apparently more suitable proposals for the inclusion of the principles and responsibilities of medical professionalism since the early period of pre-graduated medical education. It is assumed that the emphasis in teaching and practice of reflection throughout the course will have positive and lasting repercussions during active working life. However, the author believes that the success of the measures to be introduced in medical education programs to a new model of professionalism continues to depend, above all, of the humanistic and cognitive attributes of the students to be chosen, and the pedagogical quality, professional and academic of their teachers.

Keywords: Professional Competence; Education, Medical; Models, Educational; Physician's Role.

INTRODUÇÃO

A educação médica parece viver num estado de 'perpétua inquietação'.¹ A insatisfação pelos modelos educacionais tem sido uma constante desde o século XVIII, com particular relevância após a segunda metade do século XX, com o crescente escrutínio dinamizado pelos próprios médicos e pela sociedade, em geral.² No fundo, aquela 'inquietação' tem reflectido um inevitável e continuado desequilíbrio entre quatro vectores principais, em que se incluem, em cada período de tempo: (a) os novos conhecimentos biomédicos e tecnológicos, (b) as necessidades dos doentes e exigências da sociedade em meios e cuidados de saúde consentâneos, (c) as sucessivas adaptações na política e gestão dos cuidados de saúde e (d) os modelos educacionais vigentes para a formação médica, desenvolvidos e ou adaptados em função das variáveis anteriores.

O relatório apresentado por Abraham Flexner em 1910³ desencadeou uma profunda revolução no sistema de ensino médico norte-americano, depois propagado a muitos outros países.⁴ Flexner, inspirado no sistema educacional então em vigor na Europa, sobretudo na Alemanha, recomendou que a educação médica norte-americana fosse integrada na universidade. No seu entender, a inclusão das faculdades de medicina no *campus* universitário exerceria uma profunda influência na formação médica, ao usufruir da colaboração interdisciplinar, ambiente de aprendizagem propício ao reforço do rigor e do pensamento crítico associados à criação de novos conhecimentos, impregnando-a, ainda, com um conjunto de valores culturais e pedagógicos essenciais para a evolução dos médicos ao longo da vida profissional. Sem relação directa com aquele relatório mas, provavelmente, tendo como inspiração comum o modelo

1. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal.*

2. Sociedade Portuguesa de Educação Médica. Lisboa. Portugal.*

* Aposentado. São indicadas as principais entidades onde o autor desenvolveu a sua actividade.

Recebido: 14 de Janeiro de 2013 - Aceite: 04 de Maio de 2013 | Copyright © Ordem dos Médicos 2013

educacional da Johns Hopkins University, um plano curricular regido por princípios comparáveis entrou em vigor em Portugal, em 1911, para as novas Faculdades de Medicina das recém-instituídas Universidades de Lisboa e Porto.⁶

Cerca de quinze anos depois, o próprio Flexner reconheceu a ocorrência sistemática e crescente de desvios e insuficiências que adulteravam os objectivos traçados; em especial, notava-se a falta de perspectivas culturais, filosóficas, sociais e humanísticas afins à actividade clínica, além de o doente não se situar no centro das preocupações e cuidados de saúde.⁶ Em parte por esse motivo, multiplicaram-se, ao longo do século XX e, em particular nas suas últimas duas décadas, os pareceres, normativas, iniciativas curriculares, orientações pedagógicas e profissionais para a melhoria da educação médica pré-graduada nos Estados Unidos da América do Norte (EUA) e na Europa, alguns dos quais com amplas repercussões.⁷⁻¹¹ Também em Portugal foi sentido aquele impulso de mudança inadiável,¹² sendo o último programa de revisão do currículo médico de âmbito nacional activado no ano lectivo de 1994/95.^{13,14}

Porém, ainda hoje não existe uma solução satisfatória para a formação médica pré-graduada, de modo a que os seus objectivos sejam efectivamente concretizados perante o doente e a doença. Na origem desta frustração subsiste a continuada mudança nos paradigmas sociais, culturais, económicos e tecnológicos, aliada à incerteza do que nos trará o futuro. A solução pretendida terá por base a valorização do profissionalismo médico.

O 'bom médico' e critérios de profissionalismo

É princípio consensual que o objectivo nuclear da formação médica consiste em promover a aquisição de conhecimentos científicos, de desempenhos e gestos clínicos e de valores profissionais adequados.⁷⁻¹¹ Ou seja, pretende-se que cada médico seja 'um bom médico' em qualquer local onde venha a exercer as suas funções clínicas.

É muito vasto o conjunto de qualidades e qualificações (não-cognitivas e cognitivas) que têm sido apresentadas como critérios de profissionalismo médico e sinónimo da competência profissional que classifica 'o bom médico'.^{8,10,15,16} Tão ampla abundância de opiniões não dispensa um consenso criterioso e alargado a todas as organizações médicas profissionais, adaptado à evolução dos condicionamentos e circunstâncias sociais de cada época. De facto, a multiplicidade de qualidades e comportamentos exigíveis permanece envolta em polémica, designadamente quanto à sua utilidade efectiva e aplicação a todas as especialidades médicas.¹⁷ Entretanto, o profissionalismo e as condições em que a prática médica está a decorrer registam profundas modificações.^{18,19}

A competência profissional passa pela aquisição de conhecimentos e pela sua boa e correcta aplicação na prática médica, entendendo-se como 'boa' a que toma em consideração os valores e preferências dos doentes e está conforme o juízo clínico do médico, enquanto 'correcta' assinala tudo o que se fundamenta em critérios clínicos e científicos. Estes procedimentos recaem sob a avaliação constante de

conselhos médicos, comissões hospitalares, comissões de ética e organismos equivalentes da profissão.²⁰

O caminho mais correcto para a competência profissional estará no aprofundamento das potencialidades e capacidades não-cognitivas dos futuros médicos, a crescer ao das qualificações cognitivas.³

Num breve resumo, tendo como base uma análise exaustiva e validada de artigos publicados em Inglês entre 1966 e 2001, foram coligidos diversos critérios de profissionalismo, designadamente: capacidade de comunicação, conhecimento, senso clínico, desempenhos técnicos básicos, emoções, valores e actuação clínica em benefício de cada indivíduo e da comunidade. Em contrapartida, eram pouco valorizadas outras questões relevantes: integração de conhecimentos e desempenhos, contexto dos cuidados saúde, conhecimentos sobre o sistema de saúde, gestão da informação, trabalho de equipa e relação médico – doente.²¹

A 'carta do profissionalismo' redigida sob a égide de American Board of Internal Medicine Foundation, American College of Physicians Foundation e European Federation of Internal Medicine, publicada em 2002 e posteriormente subscrita por mais de uma centena de associações profissionais médicas do mundo, definiu três princípios fundamentais do profissionalismo e dez obrigações profissionais¹⁸ (Tabela 1). Os princípios fundamentais davam primazia ao bem-estar do doente, respeito pela sua autonomia e justiça social. As dez obrigações profissionais eram apresentadas sob a forma de comprometimento médico, em prol da promoção e execução dos referidos princípios e cumprimento dos aspectos fulcrais da sua missão, quer isoladamente quer em grupo de trabalho ou, ainda, como membro activo de uma profissão com responsabilidades públicas: competência profissional, honestidade, confidencialidade, relacionamento apropriado com os doentes, confiável gestão de conflitos de interesse, colaboração na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, do acesso aos cuidados de saúde, na justa distribuição de recursos finitos, na actualização pessoal em conhecimento científico e nas responsabilidades profissionais.

Posteriormente, diversas outras instituições e autoridades médicas, em particular o Royal College of Physicians²² e o General Medical Council,¹⁵ contribuíram com propostas muito semelhantes que não se justifica repetir.

Entre 1963 e a actualidade, o exercício da medicina, antes centrado no médico, passou a ter como núcleo de actuação o doente, a protecção ao público, o trabalho em equipa, a clarificação das expectativas e a avaliação do comportamento de cada clínico nos locais onde presta cuidados de saúde.^{9,23,24} As alterações entretanto introduzidas nos diversos critérios do profissionalismo (p.ex., conhecimentos, desempenhos, valores, atitudes e comportamentos) justificam o seu ordenamento num modelo mais moderno, a contrapor a outro mais antigo. Enquanto no 'modelo antigo' o profissionalismo estava centrado no médico e se caracterizava por uma certa forma de paternalismo, distanciamento emocional, actuação dogmática e benefi-

Tabela 1 - Princípios e responsabilidades profissionais estabelecidos na "carta do profissionalismo"

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS	
I.	Primazia ao bem-estar do doente
II.	Autonomia do doente
III.	Justiça social
RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS	
•	Competência profissional
•	Assunção das responsabilidades profissionais
•	Atualização pessoal em conhecimentos científicos
•	Honestidade com os doentes
•	Manutenção da confiança do doente na gestão de conflitos de interesse
•	Confidencialidade sobre assuntos relativos aos doentes
•	Relacionamento apropriado com os doentes
•	Empenhamento na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde
•	Empenhamento na melhoria do acesso aos cuidados de saúde
•	Distribuição justa de recursos finitos

Nota: Profissionalismo deriva do termo *professio*, que em Latim significa declaração pública. Numa perspectiva actual, pode ser interpretado como o conjunto de finalidades, atitudes e comportamentos característicos de uma profissão.

cente, no 'novo modelo' prevalece o doente, com o qual o médico deve actuar com empatia, em comunicação aberta e respeito primordial pela autonomia do doente, partilhando com este emoções e colaborando nas decisões clínicas que lhe interessam directamente.²⁵

Embora grande parte dos critérios apontados tenda a coincidir entre si nos pontos principais, a definição de profissionalismo está por concluir, talvez devido à ambiguidade do termo,^{19,26,27} sendo por isso compreendida com alguma dificuldade. Também têm sido adiantadas propostas que incluem factores socioeconómicos, políticos, morais e institucionais no conjunto de critérios essenciais ao profissionalismo.^{28,29}

A complexidade do problema, a par com o reconhecimento da sua importância, justifica que um número crescente de escolas médicas tomasse a iniciativa de considerar essencial e inadiável a inclusão do ensino do profissionalismo no currículo pré-graduado, com a intervenção activa e conjugada de docentes, alunos e médicos das clínicas universitárias.³⁰ Todavia, falta definir o modelo e estratégias que possibilitem a integração do ensino do profissionalismo no currículo pré-graduado de escolas médicas diferentes, completada por um instrumento único que possibilite a mensuração de todos os aspectos consensuais do profissionalismo. Nem um nem outro destes requisitos estão actualmente definidos.^{21,31,32}

Dos modelos de formação médica vigentes à mudança de paradigma

Antes de se abordarem as novas perspectivas da formação médica, justifica-se uma breve revisão sobre os modelos educacionais mais utilizados desde o século XIX e até à época actual que valorizam, particularmente, a vertente cognitiva. Estes modelos podem ser agrupados em quatro tipos: (a) ensino baseado em disciplinas,³ (b) ensino baseado em órgãos e sistemas,³³ (c) aprendizagem baseada em problemas³⁴ e (d) aprendizagem baseada em apresentações clínicas.³⁵ Um modelo complementar deste último decorre como módulos clínicos interdisciplinares.³⁶ Os dois primeiros modelos privilegiam o ensino centrado no professor, que transmite conhecimentos aos alunos, enquanto em (c) e (d) o ensino é centrado na aprendizagem do aluno, sob a orientação do docente.

Admite-se que a profusão de recomendações, modelos e estratégias pedagógicas propostos para a formação médica pré-graduada represente uma reacção com intuítos correctores e ou de adaptação às constantes alterações das exigências académicas, profissionais e socioeconómicas.³⁷ A mudança nos processos educacionais e na área da saúde, junto com a expansão do conhecimento científico, seriam forças de pressão em acção nas escolas médicas, com reflexo potencial na renovação de conteúdos, aferição de valores, comportamentos e desempenhos práticos, estratégia da missão institucional e modo de actuação dos

seus principais intervenientes.³⁸ A falta de concretização dos desígnios previstos explicaria o constante desagrado dos intervenientes directos na formação médica (docentes, alunos e médicos), como que num círculo vicioso de intenções e frustrações em busca da reforma ideal.³⁹ Afigura-se ser necessário um outro paradigma educacional, a completar por um novo modelo de desenvolvimento das escolas médicas e dos seus responsáveis académicos, visando a gestão eficiente das novas conjunturas e processos de mudança.^{1,40}

É cedo para identificar as possíveis vantagens e desvantagens dos modelos curriculares mais recentes. Embora se afigurem racionais, fundamentados e credíveis, não se poderá esquecer que as propostas anteriores teriam, na sua época, atributos equivalentes. No entanto, nenhum dos modelos propostos atingirá os objectivos pressupostos.

Existe um hiato entre o que as teorias e metodologias de educação médica conceptualizam e a respectiva implantação prática, talvez por carência de uma investigação robusta e com resultados credíveis que fundamentem as intenções programáticas, ou porque o sistema e programas de educação não se articulam com as expectativas, limitações e responsabilidades contemporâneas.⁴⁰

Apesar das dificuldades e incertezas vividas no período referenciado, os propósitos essenciais da educação médica seriam cumpridos pela transmissão de conhecimentos, desenvolvimento de aptidões e perícias, e pelo inculcar de valores próprios da profissão.¹ Todavia, as intenções proclamadas não evitam que os diversos modelos de programas curriculares continuem a ser insatisfatórios, ao promoverem, essencialmente, o ensino-aprendizagem de conteúdos cognitivos (com a preocupação evidente de suscitar a motivação e interesse dos alunos) mas sem a valorização adequada dos aspectos não-cognitivos da formação médica. Ademais, o aumento exponencial do conhecimento científico, a maior complexidade dos cuidados clínicos e as exigências de um público mais esclarecido ainda não são acompanhados por programas curriculares mais abrangentes sobre a actualidade.^{1,7}

Independentemente do modelo educacional utilizado, é de referir o interesse revelado por algumas escolas médicas em incluírem no ensino pré-graduado um núcleo de competências específicas visando a preparação de médicos para a prática clínica, p.ex., através de juízos de custo/benefício,⁴¹ pelo conceito da medicina centrada no doente,⁴² com profissionalismo médico,⁴² tendo em conta as modalidades de medicina alternativa⁴³ e a educação interprofissional na área da saúde.⁴⁴ Porém, estas medidas educacionais não poderão ignorar outras lacunas nucleares a preencher ou a reforçar, com destaque para a compreensão da natureza, dos fenómenos biológicos e da 'nova biologia', o raciocínio clínico, a aprendizagem e prática de desempenhos, atitudes e comportamentos clínicos, a ênfase na medicina preventiva, a inclusão e reforço das ciências do comportamento, sociais e da comunicação e da epidemiologia clínica, o incremento de um conjunto de capacidades éticas e morais indispensáveis ao relacionamento com os doentes e seus

familiares (como a compaixão, a integridade e a empatia), além de uma grande abertura a novas tecnologias de comunicação e ensino, presencial, à distância e continuado.

O ensino do profissionalismo

Segundo as conclusões obtidas num estudo recente,³² a promoção do profissionalismo médico seria efectivável nos seguintes níveis: (a) selecção dos alunos, (b) programas curriculares, (c) métodos de ensino-aprendizagem, (d) modelos positivos de comportamento profissional e (e) métodos de avaliação.

Relativamente à selecção dos novos alunos, as características dos candidatos e os critérios de admissão diferem, por vezes substancialmente, do que eram décadas atrás. A contrapor ao anterior exame de conhecimentos, é hoje exigível a demonstração de capacidades não-cognitivas.⁴⁵ Não parece haver dúvidas de que a capacidade académica do candidato a uma escola médica não garante, por si só, que venha a ser um bom médico.⁴⁶ Entre a variedade de instrumentos utilizados na selecção incluem-se: declarações pessoais, referências académicas, resultados académicos anteriores, testes de aptidão, testes de personalidade, selecção aleatória e entrevistas.⁴⁷ Alguns destes instrumentos são controversos, pouco fiáveis e subjectivos, justificando que se utilizem dois ou mais processos com resultados mais positivos.⁴⁷ Sucede ainda que diversas faculdades de medicina tentam impedir a entrada de candidatos com características não-cognitivas aparentemente incompatíveis com a profissão, p. ex., incapacidade em prestar cuidados de saúde ou trabalhar em equipa.^{48,49} Em apoio deste tipo de selecção, há a referir que os estudantes que exibem comportamentos não profissionais têm três vezes mais possibilidades de incorrerem em acções disciplinares durante a sua prática médica futura do que os colegas sem cadastro equivalente.⁵⁰

O ensino explícito do profissionalismo médico terá de ser enquadrado por um modelo educacional que valorize cada um dos aspectos considerados essenciais, sem ignorar três grandes obstáculos: (a) Não há consenso global quanto à definição de profissionalismo no âmbito das culturas vigentes,^{19,26-28} (b) O programa curricular deve não só ensinar e fazer compreender aos alunos as normas do profissionalismo mas, ainda, criar hábitos de estudo, sentido de responsabilidade e reflexão a desenvolver ao longo das suas carreiras médicas futuras,⁵¹ e (c) embora haja reconhecidas dificuldades,^{21,31,32} a integração dos conhecimentos ao longo do programa curricular e a eficácia do ensino do profissionalismo devem ser avaliadas verticalmente,⁵² com processos formativos e sumativos, a níveis crescentes de complexidade e desenvolvimento,⁵³ sem descuidar a diversidade de contextos em que decorre a acção médica e as interacções existentes a nível individual, interpessoal e institucional.⁵⁴

O estímulo à reflexão (que pode ser verbal ou escrita) e à resolução de problemas é indissociável da aprendizagem crítica que visa a aquisição de novas qualificações, valores e comportamentos, quer durante a pré-graduação,

pós-graduação e ao longo da vida profissional ou, também (nos países em que existe; em Portugal ainda não vigora), da revalidação.⁵⁵ A prática da reflexão é uma competência essencial no contexto do exercício da medicina, que facilita a aprendizagem e influencia a experiência, as relações médico-doente, o raciocínio, a decisão clínica e a minimização do erro.^{21,28,56} No fundo, a capacidade reflexiva funde o conhecimento científico com hábitos de espírito e sabedoria prática, que consolidam a experiência médica.⁵⁷

As diversas modalidades da reflexão crítica são particularmente eficazes quando têm um componente interactivo, pelo qual os alunos beneficiam de resposta individualizada por parte do docente da área de conhecimento ou de um grupo interdisciplinar de docentes.^{51,55,58} A grande variedade nos resultados do uso da reflexão em alunos ou residentes médicos indicam que deverá ser ensinada e fazer parte do núcleo de programas curriculares,⁵⁹ pois que não basta introduzir valores profissionais e comportamentos adequados durante o treino médico.⁵³

Subsistem questões fundamentais para a valorização e integração do processo reflexivo no núcleo formativo, tais como a definição da reflexão pretendida, o delineamento do programa curricular, a eficácia dos métodos utilizados e a avaliação dos resultados.⁶⁰ A importância que o método reflexivo adquiriu na edificação do profissionalismo foi recentemente patenteada nas competências recomendadas para a prática profissional pelo Accreditation Council for Graduate Medical Education,⁶¹ na linha das orientações do General Medical Council para a aprendizagem e desenvolvimento médico contínuo ao longo da vida.⁸

É difícil encontrar um método que, isoladamente, seja eficaz para ensinar o profissionalismo, pelo que devem ser utilizados os mais apropriados em cada momento da aprendizagem.⁶² Em qualquer dos casos, ensinar o profissionalismo com base em listagens de deveres e recomendações não se afigura o processo adequado. As características profissionais começam a ser forjadas desde o primeiro dia na faculdade, prolongando-se ao longo da vida médica activa. Entre os diversos métodos de ensino-aprendizagem que têm sido propostos para o desenvolvimento do profissionalismo em estudantes de medicina, sobressaem três grupos: (a) os que enfatizam os cuidados de saúde centrados no doente, (b) incentivam a prática da reflexão e ou (c) a aplicação da ética na prática clínica.⁴⁸

As metodologias de ensino do profissionalismo, envolvendo alunos, docentes e médicos das clínicas universitárias ou afiliados, incorporam não só o currículo formal mas beneficiam, também, das oportunidades suscitadas pelo currículo informal e pelo currículo 'escondido'.⁶² No conjunto, poderá dizer-se que a formação da identidade profissional decorre, habitualmente, em ambientes educacionais interrelacionados,^{32,63} apoiada por docentes que sejam modelos positivos de desenvolvimento profissional,⁶⁴ isto é, com qualidades pessoais adequadas, competência profissional e que ensinam desempenhos adequados.⁶⁴

Em contraste com o currículo formal, que é um processo planeado, intencional e expressamente disponibilizado,⁶⁵ o

informal define-se como uma estratégia não estruturada de ensino-aprendizagem; é, em geral, iniciado pelos alunos e, com frequência, utilizado como processo preferencial para a aprovação nos exames através de intercomunicação espontânea entre docentes e alunos, com recurso adicional a apontamentos e opiniões de estudantes anteriores, guias e sessões tutoriais, e integrada em grupos de estudo auto-organizado.⁶⁵ O currículo "escondido" inclui um conjunto de influências actuantes a nível da organização e cultura institucional, transmitidas ou mediadas pelos docentes e outros formadores médicos,⁶⁵ que tendem a ser aceites convictamente, como factos reais, por alunos e médicos mais jovens.

Existem algumas semelhanças entre o currículo 'escondido' e o informal, já que, em ambos, as experiências e os comportamentos negativos e positivos moldam a percepção que os estudantes adquirem sobre a profissão e valores inerentes. O currículo 'escondido', que se pratica no ambiente de trabalho clínico, e o valor pedagógico da socialização das tarefas aprendidas e executadas em equipa sob orientação dos tutores (ou mentores), são lições práticas de profissionalismo aos futuros médicos que se desejam tecnicamente competentes, cuidadosos, atentos e compassivos.^{65,66} Todavia, por via deste tipo de socialização, de integração na comunidade médica e respectiva hierarquia no trabalho em equipa, em situações clínicas críticas e de incerteza que beneficiam do apoio expedito dos membros mais antigos e experientes, também subsiste o risco de influências negativas sobre normas e valores que os alunos e jovens médicos haviam aprendido anteriormente.^{67,68} Por conseguinte, admite-se que grande parte das dificuldades na implantação de sucessivas reformas do ensino médico pré-graduado resulte da resistência criada pelo ambiente de aprendizagem suscitado pelo currículo 'escondido', que colide com os novos valores dos processos educacionais e inovações reformistas.⁶⁵

É bem conhecida a influência do currículo 'escondido' nas atitudes e comportamentos dos estudantes; por vezes, os modelos de actuação dos docentes e o ambiente em equipa médica são avaliados pelos alunos como mais importantes do que a aprendizagem e as actividades próprias do serviço.^{25,69} Admite-se que os exemplos dados pelos docentes e internos hospitalares sejam o factor mais influente no desenvolvimento de padrões profissionais pelos estudantes de medicina.⁷⁰ São conhecidos exemplos positivos e negativos que influenciaram os alunos na selecção da carreira médica.^{71,72} Entre as consequências negativas provocadas pelo currículo 'escondido' foram citados os seguintes: perda do idealismo, adopção de identidade profissional ritualizada, neutralização emocional, modificação da integridade ética, aceitação da humilhação hierárquica e aprendizagem de aspectos menos formais da prática médica. Em contrapartida, o encorajamento pessoal era um dos aspectos positivos mais motivadores.⁶⁸ A ausência de valorização ou de reconhecimento, a negligência no ensino, a falta de qualidade técnica, a deficiente preparação pedagógica e ou de qualidade de actuação dos médicos

com responsabilidades docentes perante problemas éticos e práticos da clínica, poderão explicar os escassos progressos ou a impreparação registados, nesse âmbito, por alunos de novos programas curriculares de diversas escolas médicas.⁷³ Situações do tipo descrito em que intervenham mentores impreparados afrontam o idealismo dos estudantes e destroem os objectivos educacionais em prol do profissionalismo.^{23,74} No sentido oposto, admite-se que o exemplo profissional e o aconselhamento pertinente por bons mentores, bem como uma maior ênfase no desenvolvimento do profissionalismo ao longo do curso de pré-graduado, são contributos relevantes para a formação de médicos que evidenciam melhor aprendizagem de conceitos, melhor adaptação psicológica às situações clínicas e, também, atitudes mais humanistas junto dos seus doentes.⁷⁵

A multiplicidade de processos (formativos e sumativos) que vêm sendo utilizados na avaliação do profissionalismo dificulta a análise da respectiva fiabilidade e, portanto, a escolha dos mais credíveis. Enquanto a avaliação cognitiva não oferece dificuldades, o mesmo não sucede com algumas capacidades não-cognitivas (p.ex., é difícil medir os valores de determinado indivíduo, ao passo que os seus comportamentos são observáveis e mensuráveis). Esta particularidade possibilita que alguns valores possam ser avaliados quando associados a determinados comportamentos, p. ex., o sentido de responsabilidade ('valor') relaciona-se com o cumprimento de tarefas e a pontualidade ('comportamentos').²³

Da análise na literatura publicada sobre o assunto por diversos grupos de trabalho poderá concluir-se que o profissionalismo deverá ser avaliado longitudinalmente, combinando vários processos analíticos que incidam em aspectos individuais, interpessoais, institucionais e da sociedade. Um maior número de testes e de avaliadores melhorará a fiabilidade do processo, admitindo-se ainda que suscitar a reflexão quanto aos resultados obtidos pelos alunos poderá induzir os comportamentos e o constructo da identidade profissional.^{32,76}

A avaliação do profissionalismo continuará, contudo, a ser um problema complexo e sem solução imediata, admitindo-se que, da aferição consistente e sistemática dos instrumentos de avaliação sumativa e formativa que se afigurem melhores, seja possível obter um processo quantitativo

mais abrangente em futuro próximo.^{32,76}

Considerações finais

1. O processo de formação médica (desde o seu início na fase de pré-graduação e ao longo da vida profissional) deve ser reorientado para o conhecimento, compreensão e preparação em biomedicina e ciências sociais, junto com o desenvolvimento do profissionalismo
2. O profissionalismo deverá impregnar, intensiva e continuamente, a aquisição de conhecimentos, valores e comportamentos essenciais para o correcto exercício da medicina ao longo da vida profissional activa. Para este propósito é essencial proceder a mudanças firmes na estratégia organização e metodologia dos programas curriculares, a serem orientados para a integração de áreas cognitivas e não-cognitivas ao longo do curso, junto com a reflexão sobre os princípios, conceitos e modos de expressão humanística e competente do profissionalismo médico.
3. Os docentes representam modelos educacionais para a concretização dos objectivos da formação médica pretendida. Não só é importante que estas instituições promovam o desenvolvimento do profissionalismo dos seus docentes como, também, é indispensável que assegurem os serviços de docentes que sejam bons modelos profissionais, enquanto rejeitam os menos qualificados. Os atributos profissionais dos bons modelos docentes asseguram que os alunos adquiram e cultivem ao logo da sua vida profissional, os valores, atitudes e comportamentos que configuram o profissionalismo médico.
4. Sem desvalorizar nenhum dos restantes componentes educacionais já referidos, grande parte do êxito das reformas da educação médica continuará a depender, sobretudo, dos atributos humanísticos e cognitivos dos alunos a serem escolhidos, e da qualidade pedagógica, académica e profissional dos seus formadores.

CONFLITO DE INTERESSES

O autor declarou não existir qualquer conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American Medical Education 100 years after the Flexner Report. *NEJM*. 2006;355:1339-44.
2. McGrew RE. *Encyclopedia of Medical History*. New York: McGraw-Hill book Company; 1985.
3. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
4. Bonner T. *Iconoclast: Abraham Flexner and a life in learning*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2002.
5. Referências sobre o Ensino Médico em Portugal: 1911-2000, Série Estudos e Documentos da FML, Volume 2. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2001.
6. Flexner A. *Medical Education: a comparative study*. New York: MacMillan; 1925.
7. *Future American Medical Association. Directions for Medical Education: a report of the Council on Medical Education*. American Medical Association. Chicago: AMA; 1982.
8. Ludmerer KM. *Learning to heal: the development of American Medical Education*. New York: Basic Books; 1985.
9. *Tomorrow's Doctors*. London: General Medical Council; 2009.
10. *The New Doctor. Recommendations on General Medical Training*. London: General Medical Council; 1997.
11. *Tomorrow's Doctors. Recommendations on Undergraduate*. Medical Education. London: General Medical Council; 2003.
12. *Academic health centers: leading change in the 21st century*. Committee on the Roles of Health Centers in the 21st century. Washington: Institute of Medicine; 2003.
13. Relatório da Comissão Interministerial para a Revisão do Ensino Médi-

- co (CIEM), 14 de Dezembro de 1993; Relatório do Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico, 3 de Março de 1994; Aprovação Ministerial por Despacho Conjunto 44/ME/MS/94, de 21 de Julho (Diário da República II Série, no 190, de 18 de Agosto de 1994.
14. Martins e Silva J. A importância de definir as competências nucleares do licenciado em Medicina. In: Victorino R, Jollie C McKimm J, coordenadores. O Licenciado Médico em Portugal. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2005. p.9-17.
 15. Martins e Silva J. Uma experiência de inovação curricular. In: Um Projecto em Educação Médica Lisboa: Edições Colibri; 2009. p.299-325.
 16. Good Medical Practice: Duties of a Doctor. London: General Medical Council; 2006.
 17. Consensus Statement, the Role of the Doctor: Past, present and future. Medical Schools Council. London: Medical Schools Council Publications and Guidance; 2008.
 18. Patterson F, Ferguson E. Testing non-cognitive attributes in selection centers: how to avoid being reliably wrong. *Med Educ.* 2012;46:240-2.
 19. Medical Professionalism in the New Millennium: a Physician Charter. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. *Ann Int Med.* 2002;136:243-6.
 20. van Mook WN, de Grave WS, Wass V, O'Sullivan H, Zwaveling JH, Schuurth LW, et al. Professionalism: evolution of the concept. *Eur J Intern Med.* 2009;20:e81-4.
 21. Kirk LM. Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2007;20:13-6.
 22. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA.* 2002;287:226-35.
 23. Doctors in Society: Medical Professionalism in a Changing World. London: Royal College of Physicians; 2005.
 24. Pringle M. The Shipman Inquiry: implications for the public's trust in doctors. *Br J Med Pract.* 2000;50:355-6.
 25. Unger F. Health is wealth: considerations to European healthcare. *Prilozi.* 2012;33:9-14.
 26. Borgstrom E, Cohn S, Barclay S. Medical professionalism: conflicting values for tomorrow's doctors. *J Gen Intern Med.* 2010;25:1330-6.
 27. Ginsburg S, Regehr G, Hatala R, McNaughton N, Frohna A, Hodges B, et al. Context, conflict, and resolution: a new conceptual framework for evaluating professionalism. *Acad Med.* 2000;75:S6-11.
 28. Erde EL. Professionalism facets: ambiguity, ambivalence, and nostalgia. *J Med Philos.* 2008;33:6-26.
 29. Arnold L, Stern DT. What is medical professionalism? In: Stern DT, editor. *Measuring Professionalism.* New York: Oxford University Press; 2006. p.15-37.
 30. Martimianakis MA, Maniate JM, Hodges BD. Sociological interpretations of professionalism. *Med Educ.* 2009;43:829-37.
 31. Riley S, Kumar N. Teaching medical professionalism. *Clin Med.* 2012;12:9-11.
 32. Cohen JJ. Professionalism in medical education, an American perspective: from evidence to accountability. *Med Educ.* 2006;40:607-17.
 33. Passi V, Doug M, Peile E, Thistlethwaite J, Johnson N. Developing medical professionalism in future doctors: a systematic review. *Int J Med Educ.* 2010;1:19-29.
 34. Patterson JW. Interdepartmental and departmental teaching of medicine and biologic science in four years. *J Med Educ.* 1956;31:521-9.
 35. Dahle LO, Brynhildsen J, Behrbohm Fallsberg M, Rundquist I, Hammar M. Pros and cons of vertical integration between clinical medicine and basic science within a problem-based undergraduate medical curriculum: examples and experiences from Linköping, Sweden. *Med Teach.* 2002;24:280-5.
 36. O'Neil PA, Metcalfe D, David TJ. The core contents of the undergraduate curriculum in Manchester. *Med Educ.* 1999;33:121-9.
 37. Skochelak SE, Jackson TC. An interdisciplinary clerkship model for teaching primary care. *Acad Med.* 1992;67:639-41.
 38. Harden RM, Sowden S, Dunn WR. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. *Med Educ.* 1984;18:284-97.
 39. Jones R, Higgs R, de Angelis C, Prideaux D. Changing face of medical curricula. *Lancet.* 2001;357:699-703.
 40. Ludmerer KM. Time to Heal. American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care. Oxford: Oxford University Press; 1999.
 41. Cohen JJ. Medical education in an era of health-care reform. *Perspect Biol Med.* 2011;54:61-7.
 42. Meyer GS, Potter A, Gary N. A national survey to define a new core curriculum to prepare physicians for managed care practice. *Acad Med.* 1997;72:669-76.
 43. Baarts C, Tulinius C, Reventlow S. Reflexivity-a strategy for a patient-centered approach in general practice. *Fam Pract.* 2000;17:430-4.
 44. Whitcomb ME. The general professional education of the physician: is four years enough time? *Acad Med.* 2002;77:845-6.
 45. Murdoch-Eaton D, Crombie H. Complementary and alternative medicine in the undergraduate curriculum. *Med Teach.* 2002;24:100-2.
 46. BMA Equal Opportunities Committee. Equality and Diversity in UK Medical Schools. London: Brit Med Assoc 2009. [Consultado 2012 Nov 12] Disponível em <http://bma.org.uk/developing-your-career/becoming-a-doctor/equality-and-diversity-in-medical-schools>.
 47. Paterson F, Ferguson E. Selection for medical education and training. Edinburgh: Association for the Study of Medical Education; 2007.
 48. Steele K. Selecting tomorrow's doctors. *Ulster Med J.* 2011;80:62-7.
 49. Albanese MA, Snow MH, Skochelak SE, Huggett KN, Farrell PM. Assessing personal qualities in medical school admissions. *Acad Med.* 2003;78:313-21.
 50. Adam J, Bore M, McKendree J, Munro D, Powis D. Can personal qualities of medical students predict in-course examination success and professional behaviour? An exploratory prospective cohort study. *BMC Med Educ.* 2012;12:69.
 51. Papadakis MA, Hodgson CS, Teherani A, Kohatsu ND. Unprofessional behavior in medical school is associated with subsequent disciplinary action by a state medical board. *Acad Med.* 2004;79:244-9.
 52. Wald HS, Davis SW, Reis SP, Monroe AD, Borkan JM. Reflecting on reflections: enhancement of medical education of curriculum with structured field notes and guided feedback. *Acad Med.* 2009;84:830-7.
 53. Davis MH. OSCE: the Dundee experience. *Med Teach.* 2003;25:255-61.
 54. O'Sullivan H, van Mook W, Fewtrell R, Wass V. Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61. *Med Teach.* 2012;34:e64-77.
 55. Hodges BD, Ginsburg S, Cruess R, Cruess S, Delpont R, Hafferty F, et al. Assessment of professionalism: recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Med Teach.* 2011;33:354-63.
 56. Humphrey HJ, Levinson D, Smith L. The medical school on the university campus: 20th century legacy and 21st century aspirations. *Acad Med.* 2010;85:273-82.
 57. Hinchey KT, Rothberg MB. Can residents learn to be good doctors without harming patients? *J Gen Intern Med.* 2010;25:760-1.
 58. Epstein RM. Reflection, perception and the acquisition of wisdom. *Med Educ.* 2008;42:1048-50.
 59. Harasym PH, Tsai TC, Hemmati P. Current trends in developing medical students' critical thinking abilities. *Kaohsiung J Med Sci.* 2008;24:341-55.
 60. Fisher MA, Harrel, HE, Haley H, Cifu AS, Alper E, Johnson KM, et al. Between two worlds: a multi-institutional qualitative analysis of student's reflections on joining the medical profession *J Gen Intern Med.* 2008;23:958-63.
 61. Wald HS, Reis SP. Beyond the margins: reflective writing and development of reflective capacity in medical education. *J Gen Intern Med.* 2010;25:746-9.
 62. Learning portfolio: Experience, reflect, learn, assess. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Chicago: ACGME 2008. [Consultado 2012 Nov 16]. Disponível em: http://www.acgme.org/acgme/web/Portals/0/PDFs/commonguide/IVA5c_EducationalProgram_ACGME-Competencies_PBLI_Documentation.pdf.
 63. Thampy H, Gwynne C, Foulkes R, Codd R, Burling S. Teach professionalism. *Educ Prim Care.* 2012;23:297-9.
 64. Kenny NP, Mann KV, MacLeod H. Role modeling in physicians' professional formation: reconsidering an essential but untapped educational strategy. *Acad Med.* 2003;78:1203-10.
 65. Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Role modeling - making the most of a powerful teaching strategy. *BMJ.* 2008;336:718-21.
 66. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med.* 1998;73:403-7.
 67. Cruess RL, Cruess SR. Teaching medicine as a profession in the service of healing. *Acad Med.* 1997;72:941-52.
 68. Bloom SW. The medical school as a social organization: the sources of resistance to change. *Med Educ.* 1989;23:228-41.
 69. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ.* 2004;329:770-3.
 70. Sulmasy DP, Terry PB, Faden RR, Levine DM. Long-term effects of ethics education on the quality of care for patients who have do-not-resuscitate orders. *J Gen Intern Med.* 1994;9:622-6.
 71. Bickel J. Promoting medical student's ethical development: A resource guide. Washington: Association of American Medical Colleges; 1993.

72. Katz LA, Sarnacki RE, Schimpfhauser F. The role of negative factors in changes in career selection by medical students. *J Med Educ.* 1984;59:285-90.
73. Wright S. Examining what residents look for in their role models. *Acad Med.* 1996;71:290-2.
74. Rennie SC, Crosby JR. Students' perceptions of whistle blowing: implications for self-regulation. A questionnaire and focus group survey. *Med Educ.* 2002;36:173-9.
75. Satterwhite WM 3rd, Satterwhite RC, Enarson CE. Medical students' perceptions of unethical conduct at one medical school. *Acad Med.* 1998;73:529-31.
76. Stephenson A, Higgs R, Sugarman J. Teaching professional development in medical schools. *Lancet.* 2001;357:867-70.
77. Goldie J. Assessment of professionalism: A consolidation of current thinking. *Med Teach.* 2013;35:e952-6.