

REFORMA DO ENSINO MÉDICO

Algumas Reflexões

JOSÉ MANUEL ROMÃOZINHO

Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Coimbra.

RESUMO

O Autor assinala os factores responsáveis pelas mutações verificadas, nos últimos decénios, tanto na ciência e prática da medicina como nas necessidades assistenciais; enfatiza o entendimento hodierno da Educação Médica como um processo evolutivo, integrado e coerente, e refere as competências relativas da Universidade ao longo do seu desenvolvimento; define os objectivos pedagógicos contemporâneos do Curso de Medicina e aponta as estratégias consideradas mais adequadas para os atingir; referencia os ventos de mudança que nos últimos anos têm varrido a Educação Médica em Portugal e assinala os constrangimentos objectivos que limitam a sua aplicação prática; realça, por último, que nenhuma reforma educativa poderá chegar a bom porto sem o empenhamento consciente e motivado dos seus agentes fundamentais – o aluno e o professor.

SUMMARY

Medical Education Reform – Some Reflexions

The Author points out the factors responsible for the changes verified in the last decades in the science and practice of medicine and in medical assistance; emphasizes the modern meaning of Medical Education as an evolutive, integrated and coherent process, and points out the scope of the University along with its development; defines the contemporary pedagogical objectives of Undergraduate Medical Education, and points out the strategies which are considered the most appropriate to achieve them; reports the winds of change which have swept Medical Education in Portugal, and refers the obstacles that restringe its application to practice. Finally, the Author emphasizes that the success of any educational reform requires the conscious and motivated engagement of its fundamental agents – the student and the professor.

O exercício da actividade médica sofreu, nos últimos decénios, uma profunda metamorfose, condicionada pela emergência de vários factores, dos quais merecem especial realce²⁻⁸:

- o crescimento vertiginoso e constante dos conhecimentos biomédicos, sobretudo evidente a partir da 2^a guerra mundial, exigindo uma actualização permanente;
- a vastidão do saber e a revolução tecnológica que invadiu a medicina, ditando o fim do ecletismo que caracterizava o clínico geral da primeira metade do século, prestador de cuidados médicos integrais, e favorecendo, em seu lugar, a proliferação incontrolada da especialização e dos especialistas, com a decorrente necessidade da realização de avultados investimentos em equipamentos sanitários cada vez mais sofisticados;
- a consagração da saúde como direito inalienável dos povos e a assunção irreversível desse direito por parte

das populações, ocasionando não só a desvirtuação da relação singular médico/doente – eixo fulcral da medicina tradicional, fortemente individualizada – pela interferência ubíqua do Estado (enquanto garante da prestação de cuidados assistenciais universais), mas também o desvio das atenções para os aspectos sociais e comunitários do binómio saúde/doença, próprios de uma medicina massificada, levada a cabo por equipas pluridisciplinares e organizada e planificada no sentido da prevenção;

- o desabrochar de novas patologias, mormente nos domínios psicossomático e geriátrico, e o aparecimento de novas modalidades de cuidados médicos, designadamente ao doente crónico, de reabilitação e para alívio da dor;
- a relevância crescente dos aspectos éticos e legais da prática médica, fruto, respectivamente, do espectro da

desumanização associada ao progresso científico e tecnológico e à burocratização dos sistemas e serviços de saúde, bem como da disseminação da ideia, num tecido social contaminado por conceitos existenciais predominantemente materialistas e utilitaristas, de que a medicina tem capacidade para resolver eficazmente a maioria das situações;

- por último, e na sequência inevitável das premissas anteriores, o inusitado aumento das despesas com a saúde e o conseqüente recurso, por parte das entidades financiadoras, a critérios de rentabilidade de pendor economicista, progressivamente mais apertados, visando a limitação dos custos.

Todas estas mutações constantemente verificadas, tanto na ciência e prática da medicina como nas necessidades assistenciais, colocaram em questão, como não poderia deixar de ser, os fundamentos do ensino médico clássico e o papel das Escolas Médicas enquanto agentes institucionais desse mesmo ensino. Com efeito, e ao arripio das noções prevaletes na primeira metade deste século, parece hoje em dia consensual que a Educação Médica deve ser um processo evolutivo, integrado e coerente, com três fases sequenciais – educação pré-graduada (curso médico), educação pós-graduada (formação profissionalizante, destinada à aquisição de competências em áreas específicas) e educação médica contínua (visando a actualização, aperfeiçoamento e aprofundamento dos conhecimentos) – e que às Faculdades de Medicina compete intervir, embora com graus diversos de responsabilidade, em qualquer delas^{3-5,8-12}. Assim, a Universidade deverá ter uma intervenção exclusiva na primeira fase, primordial, conquanto que associada a outras instituições, na segunda fase, e a par de outras entidades na última etapa¹⁰.

O entendimento da Educação Médica como um processo global, coerente e contínuo que só termina com o encerramento da actividade profissional e a aceitação das competências relativas da Universidade ao longo do seu desenvolvimento, constituem factores altamente condicionantes da planificação dos estudos médicos de pré-graduação^{10,11}. De facto, os objectivos do Curso de Medicina têm sido centrados, contemporaneamente e de um modo genérico, na aquisição de uma formação médica de base, ou pluripotencial, que confira ao recém-licenciado a capacidade e a apetência quer de ulteriormente se diferenciar numa área específica da actividade médica quer ainda de realizar uma aprendizagem permanente e autónoma^{9,10,13-17}.

No entanto, se resulta fácil proceder à definição, em termos gerais, das grandes metas do ensino médico pré-graduado, raramente se obtém um consenso em termos específicos¹³. Dito de outro modo: O que deve ser entendido por *formação médica de base*? Como adquiri-la? Onde a obter?

A resposta à primeira questão encontra-se notavelmente sistematizada no documento *Tomorrow's Doctors*¹⁶, recentemente produzido pelo Education Committee of the General Medical Council: (a) *The student should acquire a KNOWLEDGE and UNDERSTANDING of health and its promotion, and of disease, its prevention and*

management, in the context of the whole individual and his or her place in the family and in society; (b) The student should acquire and become proficient in basic clinical SKILLS, such as the ability to obtain a patient's history, to undertake a comprehensive physical and mental state examination and interpret the findings, and to demonstrate competence in the performance of a limited number of basic technical procedures; (c) The student should acquire and demonstrate ATTITUDES necessary for the achievement of high standards of medical practice, both in relation to the provision of care of individuals and populations and to his or her own personal development. Esta aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes, próprios de uma *medicina de eficácia*, terá porém que ser necessariamente enformada pelo inculcar dos valores morais de uma *medicina de compaixão*¹⁸, pois que, como refere Miguel Torga¹⁹, *é forçoso reconhecer e lamentar que, pelo que nos diz respeito, o que ganhamos em saber profissional perdemos em humanidade... e mesmo empobrecidos daquele prestígio carismático, continuamos a ser, nós médicos, a última porta sempre aberta a que bate, confiado, o desespero.*

Para além disso, e no que se refere ainda à primeira questão, persistem, todavia, algumas áreas conflituais, mormente no que se refere à pertinência do Curso de Medicina – entendida como a adequação da competência dos médicos recém-formados às necessidades do país –, bem enfatizada na Declaração de Edimburgo, *versus* a uniformização curricular que o livre exercício da actividade médica num espaço geográfico mais amplo, europeu ou mesmo transcontinental, exige^{20,21}. Com efeito, levada às últimas consequências, a noção de pertinência é intelectualmente inaceitável e pedagogicamente incorrecta, não servindo os propósitos do Ensino Universitário que, por definição, deve ser ecuménico e universalista. Por outro lado, e se aplicada à letra, a uniformização curricular implica a descaracterização das facetas próprias, originais, das diversas Escolas, razão e possibilidade de todo o progresso científico¹². O justo equilíbrio poderá ser encontrado, neste particular, levando a cabo uma ponderada harmonização curricular que modele, sem alterar sensivelmente, a essência e a substância do conteúdo informativo do ensino às prioridades de saúde nacionais e aos recursos disponíveis. Estes dois aspectos, no entanto, deverão adquirir uma importância primordial na vertente formativa da instrução, de molde a adequar o futuro médico às necessidades assistenciais e às idiossincrasias das estruturas sanitárias da comunidade onde irá exercer o seu múnus.

A segunda interrogação – Como adquirir a *formação médica de base*?, foi, nos seus princípios gerais, admiravelmente respondida por Albert Szent-Gyorgi²²: *So what the school has to do, in the first place, is to make us learn how to learn, to whet our appetites for knowledge, to teach us the delight of doing a job well and the excitement of creativity, to teach us to love what we do, and help us to find what we love to do... We must not learn things, we must live things... Books are there to keep knowledge in, while we use our heads for something*

better. Books may also be a better place for such knowledge. In my own head any book knowledge has an half life of a few weeks... I do not depreciate knowledge. But I have retained only what I need for an understanding, an intuitive grasp, and in order to know in which book to find what. This was fun, and we must have fun or else our work is no good. É, assim, o primado da aprendizagem criativa, do exercício orientado para a aprendizagem, sobre a memorização de factos, tantas vezes inúteis e desajustados ao exercício da actividade médica^{6,9,10,14-17}. É a constatação que o saber ocupa lugar e que mais do que sobrecarregar o cérebro dos alunos com as quantidades crescentes de conhecimentos proporcionados pelo progresso explosivo do saber médico, interessa antes ensinar os estudantes a colher e a analisar os dados e a usar a informação recebida na identificação e resolução de problemas suscitados pela vivência de experiências concretas^{8,24}.

A consecução destes objectivos pedagógicos – ensinar a aprender, ensinar a reconhecer e/ou a fazer, ensinar a pensar e/ou decidir – implica uma indispensável adequação quer das técnicas de ensino/aprendizagem, quer do conteúdo e planificação curricular, quer ainda dos sistemas de avaliação^{5,6,8,13,14,16,17}. As primeiras, deverão privilegiar a aprendizagem participativa sobre o ensino passivo, centrar-se no aluno individual e incluir métodos pedagógicos activos e interactivos, tais como a resolução orientada de problemas e modelos de apresentação electrónica. O conteúdo curricular, por sua vez, deverá sofrer uma substancial cura de emagrecimento, reduzindo-o do peso da informação factual que exceda os limites da formação médica de base. A planificação curricular, por seu turno, deverá ser orientada no sentido da integração vertical e horizontal das matérias leccionadas, numa estrutura organizada por blocos, áreas e/ou temas de ensino que contemple um núcleo central de conhecimentos, atitudes e aptidões essenciais à formação pluripotencial do recém-licenciado, a par de módulos de estudo específico, de carácter optativo, geradores e reveladores de vocações médicas especializadas e de qualidades de investigação^{10,16}. Os sistemas de avaliação, por último, deverão aferir continuamente a aprendizagem compreensiva de conhecimentos e atitudes, monitorizar a aquisição progressiva de aptidões e competências, e desencorajar a regurgitação acrítica de factos.

Finalmente: Onde obter a *formação médica de base*? Esta questão foi considerada na Declaração de Edimburgo²¹, que logo no seu ponto número um reza assim: *Enlarge the range of settings in which educational programmes are conducted, to include all health resources of the community, not hospitals alone.* Do ambiente hospitalar de cuidados terciários onde tradicionalmente decorria – ignorando a fatia mais numerosa de doentes (os menos graves) e a sua envolvimento, a promoção da saúde e a prática da medicina preventiva –, o ensino médico pré-graduado extravasa para outros cenários (hospitais distritais e concelhios, centros de saúde e outros serviços da área dos cuidados primários), na tentativa de se plasmar com as necessidades sanitárias da comunidade que o rodeia^{7,10,14,25}.

O nosso país não ficou insensível aos ventos de reforma que varreram a Educação Médica, como testemunha

o facto de, no último decénio, todas as Faculdades de Medicina portuguesas terem procedido, sem excepção, à revisão dos seus planos de estudo. Também prova disso, foi a criação, em 1967, da Sociedade Portuguesa de Educação Médica, a realização, entre 1982 e 1990, de seis Congressos Nacionais de Educação Médica e, mais recentemente, o início de publicação do jornal *Educação Médica*^{26,27}. Adicionalmente, e na sequência da chamada *Iniciativa de Lisboa*²⁸, – a qual teve por objectivo accionar a aplicação na Europa do princípio número nove da Declaração de Edimburgo: *Encourage and facilitate cooperation between the Ministries of Health, Ministries of Education, community health services and other relevant bodies in joint policy development, programme planning, implementation and review* –, foi constituída oficialmente em Portugal, por despacho conjunto dos Ministros da Saúde e da Educação, de 26 de Março de 1989, a Comissão Interministerial de Revisão do Ensino Médico (CIREM). Integravam a referida Comissão, os Ministros da Saúde e da Educação (ou os seus delegados) e representantes das cinco Faculdades de Medicina (a quem cabia rotativamente a presidência), Ordem dos Médicos e Associação de Estudantes de Medicina. As funções da CIREM seriam as de *um centro coordenador influente na renovação do ensino e aprendizagem médicas em Portugal*⁹. Esta Comissão foi declarada extinta pelos Ministros da tutela em 14 de Janeiro de 1993, data em que apresentou o seu relatório final. Posteriormente, foi criado, por despacho conjunto dos mesmos ministérios, datado de 20 de Maio de 1993, o Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico²³, com o *objectivo de preparar projectos de diplomas legais visando a concretização das propostas de revisão do ensino médico apresentadas pela CIREM, incidindo, nomeadamente, sobre:*

- Princípios gerais a que deve obedecer a organização e ministração do curso de licenciatura em Medicina;*
- Colaboração das estruturas de saúde na concretização da componente clínica e de prática clínica;*
- Princípios gerais a que deve obedecer a organização e a concretização do processo conducente à especialização médica;*
- Cooperação entre as estruturas da saúde, do ensino superior médico e outras no processo de formação contínua na área médica.*

Da análise das propostas de revisão do ensino médico, vertidas no relatório da CIREM, colhe-se a impressão de que elas foram formuladas sem ter em conta o *país real* a que se dirigiam. Com efeito, e apesar do seu conteúdo – tanto no que se refere às orientações conceptuais como às recomendações pedagógicas – ser globalmente positivo, o aludido relatório não identifica, nem discute, as causas profundas da deterioração da educação médica em Portugal. E isto é tanto mais grave quanto, como escreve Diniz de Freitas⁴, *não há planos de estudo e reformas educativas que possam resultar eficazmente, sem um debate frontal e a concretização de determinados pressupostos... Em primeiro lugar, é fundamental analisar e discutir os múltiplos aspectos da interface Saúde/Educação... Em segundo lugar, há que reafirmar, de forma categórica, o princípio de que a classe médica, através de representantes legitimados, é a única autoridade*

competente para fixar as normas de formação e de treino pós-graduação... Em terceiro lugar, é urgente e premente dignificar o magistério universitário, criando condições para uma profissionalização autêntica do corpo docente... Em quarto lugar, é vital relançar a investigação científica, designadamente nas disciplinas básicas... Em quinto lugar, um ensino médico eficaz reclama medidas legislativas que consagrem os Hospitais Universitários e as Instituições com eles afiliadas, como pólos de excelência, onde ao lado da assistência clínica, se privilegie igualmente a educação médica e a investigação... Finalmente, é imperioso encarar a Educação e a Saúde como áreas prioritárias de investimento.

O ignorar dos factores objectivos que constroem a Educação Médica no nosso país, encontra-se bem patente no corpo normativo que o relatório da CIREM⁹ propõe para o ensino pré-graduado e, sobretudo, no imediatismo com que se pretende levá-lo à prática. De facto, e com os pretextos louváveis de fazer coincidir a profissionalização com a licenciatura e de reduzir o nível etário médio dos recém-especialistas, o referido parecer recomenda a substituição do actual Internato Geral por 15 meses de exercício profissional, tutorizado e programado, a ser desenvolvido no 6º ano do Curso Médico. Este, continuará a ter, como anteriormente, uma duração de 6 anos. Sem cuidar de ponderar a exequibilidade pedagógica desta proposta e os recursos (ou a falta deles) humanos e materiais que a sua aplicação envolve, o Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico *considera que a reforma deve ser iniciada no 1º e 4º ano do curso e poderá iniciar-se no ano lectivo 1994/95!* Como muito bem se salienta num documento recentemente produzido, a este propósito, pelo Conselho Pedagógico da Faculdade de Medicina de Coimbra²⁹: *Tudo parece indicar que o objectivo economicista do apoio do Ministério da Saúde à nova Reforma aliena deliberadamente os reflexos imprevisíveis na competência dos médicos formados. Ou será que se pretende investir na educação médica o que se poupa em 2 anos de Internato Geral?*

Assunto candente da realidade nacional no momento que passa, a Revisão do Ensino Médico, para além de não poder ignorar os constrangimentos objectivos que limitam e desvirtuam a aplicação prática das formulações teóricas – por mais bem intencionadas que elas sejam –, deve ter em linha de conta que nenhuma reforma educativa poderá chegar a bom porto sem o empenhamento consciente e motivado dos seus agentes fundamentais: o

aluno e o professor. Olvidar estes princípios, por muito favoráveis que soprem os ventos da mudança, tornará o naufrágio inevitável.

BIBLIOGRAFIA

1. CORREIA J P: Revisão do curriculum escolar no ciclo clínico. Acta Méd Port 1985; 6: 125-127
2. FERREIRA H G: Escolas Médicas: Oficinas de Aprendizagem. Acta Méd Port 1990; 3: 305-310
3. FREITAS, D S: Reflexões sobre a educação médica. Coimbra Médica 1982, 3: 253-254
4. FREITAS, D S: Reflexões sobre o ensino pré-graduado e as especialidades médicas. Intervenção em Sessão promovida pela Sociedade Portuguesa de Educação Médica. Coimbra 1994
5. GONNELLA J S: Medical Education: Past, Present and Future. Educação Médica 1992; 3(nº 2): 38-42
6. HURST J W: The Bench and Me. Igaku-Shoin (New York) 1992
7. MONTEIRO J G: O Ensino Médico. Estudos 1967; 458-459: 485-497
8. PINTO MACHADO J: Para uma reforma da educação médica. Educação Médica 1992; 3 (nº 2): 56-61
9. Relatório da Comissão Interministerial de Revisão do Ensino Médico. Revista da Ordem dos Médicos 1993; (Fevereiro/Março): 14-15
10. Revisão do Plano de Estudos da Faculdade de Medicina de Coimbra. Coimbra 1985
11. SILVA J M: Perspectivas sobre a formação médica contínua. Arquivos de Medicina 1993; 7 (1): 64-70
12. SILVA J R: Problemas da Educação Médica Contínua. Cadernos de Educação Médica 1993; 1: 38-39
13. Physicians for the twenty-first century: The GPEP Report. AAMC. Washington 1985
14. Reforma da Educação Médica na Faculdade de Medicina do Porto. Porto 1990
15. Relatório e Recomendações sobre o Ensino Universitário no domínio da Medicina. Comité Consultivo para Formação dos Médicos. Comissão das Comunidades Europeias, Bruxelas 1992
16. Tomorrow's Doctors: General Medical Council (UK), December 1993
17. TOWLE A: Critical Thinking. The future of undergraduate medical education. King's Fund Centre (London) 1991
18. SERRÃO D: Desafios hipocráticos da medicina moderna. Revista da Ordem dos Médicos 1992; 1/2: 8-12
19. TORGA M: Diário XVI. Edição do Autor. Coimbra, 1993.
20. PINTO MACHADO J: Editorial. Educação Médica 1991; 2 (nº 1): 1
21. The Edinburgh Declaration: Medical Education 1988, 22: 481-482
22. SZENT-GYORGYI A: citado nos Cadernos de Educação Médica 1993; 1: 113
23. Relatório do Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico. Lisboa 1994
24. MOURA M C: Algumas considerações sobre o ensino da Medicina. Jornal do Médico 1987, CXXII (2211): 495-498
25. ANTUNES J L: Escolas Médicas: oficinas de aprendizagem – Um comentário. Acta Méd Port 1990; 3: 319-321
26. SILVA J M: Renovar a Sociedade de Educação Médica. Cadernos de Educação Médica 1993; 1: 11-12
27. SILVA J M: Balanço de um mandato. Cadernos de Educação Médica 1993; 1: 25-31
28. Iniciativa de Lisboa: Ministerial Consultation for Medical Education in Europe. Medical Education 1989; 23: 206-208
29. Reforma do Ensino Médico Pré-Graduado. Conselho Pedagógico da Faculdade de Medicina de Coimbra. Coimbra 1994