

ENSINO MÉDICO:

Desafios para o Futuro

JOSÉ ANTONIO P. DA SILVA, DICK MÅRTENSON E ARMANDO PORTO.

Serviço de Medicina III. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra.

Department for Research and Development in Medical Education, Karolinska Institutet. Estocolmo.

RESUMO

A propósito da Reforma do Ensino médico actualmente em curso em Portugal, os autores procedem a uma revisão das condicionantes fundamentais que ditam a necessidade da mudança, bem como dos movimentos internacionais e tendências pedagógicas modernas na área do ensino da Medicina. Apresentam, de seguida, algumas reflexões sobre a particularidade do ensino médico em Portugal e principais dificuldades à sua modificação no nosso país, apresentando algumas sugestões sobre a forma de as ultrapassar e promover uma reforma profunda da metodologia e conteúdo do ensino. Procede-se, finalmente, a uma revisão da experiência do Instituto Karolinska de Estocolmo nesta matéria, comparando-a com a situação portuguesa.

SUMMARY

Medical teaching. A challenge for the future

With the objective of contributing to the Reform of Medical Education, presently in progress in Portugal, this paper presents a short review of the main reasons to change, as well as international movements and pedagogical trends in Medical Education. Some specificities of medical education in Portugal are discussed and the main difficulties and strategies for change are addressed. The experience of the Karolinska Institute in Stockholm is reviewed and its potential correlations to the Portuguese situation are explored.

INTRODUÇÃO

A Medicina tem sofrido ao longo das últimas décadas uma transformação vertiginosa, que, sendo particularmente evidente nas suas vertentes técnica e científica, se acompanha também de uma alteração profunda nas linhas directrizes do seu enquadramento social. A extraordinária acumulação de novos conhecimentos e técnicas, a importância crescente da superespecialização e formação pós-graduada, a modificação das expectativas e exigências sociais e a crescente pressão financeira para a utilização eficiente e racional dos recursos, constituem apenas alguns dos desafios que se colocam ao exercício da Medicina no aproximar do novo século.

Estas transformações vêm colocar exigências novas e acrescidas responsabilidades à formação médica pré-graduada. A estruturação e aprofundamento de um ensino, que se quer simultaneamente idóneo e adaptável, exige a consideração de premissas essenciais e reclama a satisfação prévia de pressupostos qualitativos irrevogáveis. Justifica, por um lado, um esforço contínuo de vigilância e

adaptação dos conteúdos programáticos e métodos de ensino, de forma a adaptá-los ao ritmo crescente dos progressos da Medicina. Impõe, por outro lado, uma atenção acrescida a áreas de formação tradicionalmente secundarizadas à mera acumulação de conhecimentos, como sejam os aspectos de raciocínio clínico, resolução de problemas, análise crítica da literatura, atitudes e comunicação, desenvolvimento de capacidades práticas, racionalização da metodologia tecnológica, Medicina preventiva e comunitária, integração em trabalho multidisciplinar, etc.. Demonstrado o carácter irremediavelmente transitório de boa parte do conhecimento médico, o papel do ensino pré-graduado terá de centrar-se, cada vez mais, em dotar o licenciado com a curiosidade, as atitudes e os mecanismos que lhe permitam prosseguir um processo de actualização permanente.

Tais transformações representam um extraordinário desafio para as escolas médicas, particularmente por exigirem, mais do que um simples remanejamento curricular, uma autêntica reformulação de mentalidades, tanto de docentes como de discentes. As dificuldades envolvi-

das nesta mudança, sendo reconhecidamente enormes em qualquer país, são talvez acrescidas em Portugal pelo carácter predominantemente tradicional das escolas médicas nacionais e pela corrente falta de diálogo aberto, não só entre diferentes departamentos escolares, como também entre as escolas e as diferentes estruturas sociais interessadas nesta matéria.

A exigência de padrões científicos elevados na formação médica em geral e, necessariamente, na implementação de um projecto de ensino que sirva estes objectivos, constitui uma tarefa tão importante quanto inadiável e que, não podendo deixar de ser liderada pelas Faculdades de Medicina, deve interessar e contar com a participação empenhada da classe médica no seu conjunto.

A reforma do Ensino Médico actualmente em estudo em Portugal representa uma extraordinária oportunidade para se porem em curso as transformações profundas que se impõem. A medida aparentemente simples de integrar o internato geral na licenciatura implica na prática uma redução drástica do tempo de ensino. Este facto poderá acarretar consequências muito nefastas na formação do novo médico, a menos que se implemente uma reformulação profunda dos conteúdos e da metodologia de ensino. Poderemos perder ingloriamente esta oportunidade se não abraçarmos esta tarefa em toda a sua profundidade, se não lançarmos as bases que permitam transformar a reforma num processo contínuo, se não promovermos um diálogo permanente entre os intervenientes com vista à contínua renovação de conteúdos e métodos e à indispensável reforma de mentalidades. Implementar apressadamente a reforma, será condená-la à sua versão mais superficial, que dificilmente ultrapassará o mero remanejamento curricular, até nova e igualmente transitória reforma.

Decorrem estas reflexões da necessidade que todos sentimos de contribuir para uma renovada política educacional médica, cuja formulação exige um diálogo tão aberto e franco quanto possível sobre o Ensino Médico em Portugal. Julgámo-lo útil, para este fim, cotejar a experiência de uma prestigiada e tradicional escola médica sueca (Karolinska Institutet de Estocolmo), que tem vindo a implementar uma modernização progressiva no ensino, com algumas considerações sobre a realidade portuguesa.

MOVIMENTOS INTERNACIONAIS PARA A REFORMA DO ENSINO MÉDICO PRÉ-GRADUADO

Preocupações semelhantes às que apresentamos têm sido repetidamente expressas na literatura internacional pelas mais variadas autoridades oficiais, professores de Medicina, estudantes e administrativos envolvidos na estruturação curricular. Este movimento é traduzido de forma poderosa em alguns excelentes documentos de reflexão e orientação prática emanados de prestigiadas organizações internacionais, como sejam o relatório norte-americano GPEP de 1984¹, patrocinado pela Associação Americana de Colégios Médicos e a Declaração de Edimburgo de 1988, sob os auspícios da Conferência Mundial sobre Educação Médica². Esta Conferência reiterou, já em 1993, os princípios explicitados anterior-

mente, acrescentando-lhe recomendações de acção prática e objectivos a atingir³.

Apresentamos brevemente as 12 reformas propostas para a educação médica pela Declaração de Edimburgo, que constituem uma excelente base de trabalho para estruturar o debate sobre estas matérias:

- Ambiente educacional adequado (Consultas externas, Cuidados primários, etc.);
- Fundamentação do *curriculum* nas necessidades sanitárias de cada país;
- Ênfase na prevenção da doença e promoção da saúde;
- Promoção da aprendizagem activa ao longo de toda a vida;
- Aprendizagem baseada sobretudo em competências, ao invés de mero conhecimento factual;
- Formação pedagógica adequada dos professores;
- Integração das ciências básicas com a prática clínica;
- Consideração de atributos intelectuais e capacidades não cognitivas na selecção de candidatos ao Curso de Medicina;
- Coordenação da Educação Médica com os serviços prestadores de cuidados de saúde;
- Distribuição equilibrada dos novos médicos pelas diferentes áreas de formação/especialização;
- Treino multidisciplinar;
- Educação médica contínua.

A União Europeia, através do Comité Consultivo para a Formação dos Médicos, emitiu, em 1992⁴ orientações que seguem, no geral, idênticos princípios programáticos, acentuando particularmente a necessidade de integração de matérias, de atenção aos domínios de experiência, atitudes e valores, bem como à implementação de mecanismos de controlo de qualidade do ensino.

Estes documentos demonstram que existe uma preocupação generalizada com a reformulação do Ensino Médico. Apontam algumas das dificuldades e sugerem as estratégias e medidas práticas destinadas a alcançar este objectivo.

Em Portugal, a Comissão Interministerial para a Reforma do Ensino Médico (CIREM) e, posteriormente, o Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico, publicaram recomendações para adaptação das normas anteriores ao nosso país. Embora se trate de documentos muito genéricos, que deixam grande espaço de liberdade às diferentes Escolas, introduzem alguns aspectos práticos, de que se destacam:

- Diminuição do tempo total de ensino pré-graduado (6 anos, com integração do Internato Geral);
- Aumento da escolaridade (5500 horas);
- Sugestão de introdução da presente reforma no ano lectivo de 1994/95 para os 1º e 4º anos da Licenciatura em Medicina.

Os aspectos qualitativos do ensino, as adaptações pedagógicas que as modificações propostas exigem e as dificuldades práticas em implementar uma reforma de fundo são esquecidas nestes documentos. Estas tarefas parecem ser deixadas ao cuidado de cada uma das Faculdades, sem que se observe particular empenhamento do Ministério da Educação ou se prevejam sequer mecanismos de articulação do processo de reforma nas diferentes

Escolas Médicas. A experiência internacional demonstra que a grande dificuldade da reforma do Ensino Médico reside precisamente na sua aplicação à prática, particularmente no contexto de Escolas tradicionais há muito estabelecidas. As decisões a tomar são muitas e complexas, o processo necessariamente longo e difícil, exigindo uma profunda reflexão e uma preparação ponderada.

TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS ACTUAIS

A investigação e debate sobre Educação Médica tem levado à produção de vários modelos teóricos que ajudam a moldar a orientação geral da sua aplicação prática. O modelo *SPICES* tem concitado particular interesse⁵. Segundo este esquema, a cada uma das iniciais corresponde uma área de decisão programática geral. Cada uma das escolas terá, naturalmente, a liberdade de variar o seu grau de adesão aos princípios que delimitam cada área, *sintonizando* o modelo que considere mais adequado ao caso concreto:

Student centered	Teacher centered
Problem-based	Information gathering
Integrated	Discipline-based
Community-based	Hospital-based
Electives (Áreas opcionais)	Standard programme
Systematic	Opportunistic

Embora a estrutura curricular seja extraordinariamente variada entre os diversos países, escolas e mesmo entre os cursos em cada Faculdade, é indiscutível que a tendência geral é para aderir de forma cada vez mais marcada aos princípios *SPICES*.

A experiência acumulada veio reforçar o conceito de que todas as decisões pedagógicas devem ter em conta três dimensões complementares, que se influenciam mutuamente de forma determinante: objectivos, métodos e avaliação. Este princípio emanado do senso comum tem-se revelado da maior utilidade em toda a escala de decisões, desde a definição das linhas estratégicas globais do *curriculum* até à formulação de pequenos cursos intensivos.

A definição de objectivos gerais para a formação médica pré-graduada tem sido controversa. O seu grau de importância varia enormemente entre as escolas a nível internacional, desde a simples inexistência até ao valor de guia absoluto. Argumentam alguns que não é, pura e simplesmente, possível avaliar a eficácia de uma acção para a qual não existem objectivos definidos. É certo, por outro lado, que objectivos enunciados incorrectamente poderão ser mais prejudiciais do que a sua ausência⁶.

Um exemplo de definição genérica pode ser encontrado no já referido relatório GPEP¹ que considera que as *Faculdades de Medicina deveriam conceder relevo à aquisição e desenvolvimento, pelos estudantes, de aptidões (skills), valores éticos (values) e comportamentos (attitudes), pelo menos em grau igual ao da aquisição de conhecimentos (knowledge)*. O Comité Consultivo para a Formação de Médicos na CEE publicou em 1984⁷ uma série de objectivos gerais que, embora mais definidos, são apresentados desde logo como destinados a adaptação local. Na prática, a generalidade dos autores conside-

ra útil a definição de princípios orientadores gerais que permitam conduzir uma linha programática, embora se reconheça a dificuldade em obter consenso na definição específica dos conhecimentos e aptidões a adquirir.

Os métodos de ensino terão que ser, naturalmente, adaptados aos objectivos do *curriculum* em geral e de cada curso em particular. A tendência para reforçar a **vertente prática do ensino** tem trazido como consequência a nível internacional, um aumento considerável do tempo que os estudantes dedicam à prática de tarefas clínicas de forma independente ou supervisionada, em vez de simplesmente observarem a sua execução por outros ou receberem lições teóricas sobre elas. Nas fases introdutórias, o uso de laboratórios de aptidões clínicas (clinical skills) tem-se revelado muito útil, bem como o recurso a doentes simulados ou estandardizados.

O **modelo de ensino** tem também sofrido considerável evolução, visando a sua aproximação aos problemas reais da prática clínica. Destaca-se, a este propósito, o *ensino baseado em problemas* (problem-based learning), que consiste em organizar os currículos, cursos e material pedagógico de forma a forçar os estudantes a ter um papel muito activo e a trabalhar da mesma forma que os médicos e cientistas na resolução de problemas e tarefas clínicas⁸. É também nesta linha que se inserem a apresentação de *problemas terapêuticos* (Patient management problems), programas de simulação por computador, *P-4 packs* e uma variedade de instrumentos que visam estimular os estudantes à resolução independente de problemas como forma de aprendizagem de ciências básicas e clínicas.

Uma tendência igualmente crescente visa facultar aos estudantes pré-graduados a oportunidade de se exporem à metodologia de trabalho científico, por exemplo através de períodos opcionais de *especialização* (electives) dedicados a pequenos projectos de investigação, trabalho clínico intensivo, visitas de estudos a centros de investigação, etc..

A necessidade de se oferecer a docentes e discentes uma informação contínua sobre a sua prestação (**feedback**) é acentuada por todos os estudiosos desta matéria e reforçada pela experiência. Várias formas de implementar este princípio foram postas em prática, como sejam o uso de escalas de classificação informativa, *check-lists*, instrumentos de auto-avaliação e sessões (individuais e colectivas) expressamente dedicadas a este fim. Professores e orientadores de ensino são, também eles, alvo destas formas de avaliação e *feedback*.

Os **métodos de avaliação** a utilizar merecem especial atenção, não só porque devem ser adequados aos novos objectivos e conteúdos mas também por que se torna evidente que eles exercem um papel fundamental na orientação do processo de aprendizagem: na prática, e muito adequadamente, o objectivo do aluno é satisfazer a sua avaliação e logo só aprende o que precisa para esse fim. A avaliação de competências e capacidade de raciocínio clínico tem sido abordada de formas novas e criativas, como sejam o chamado *Triple-jump* (em que se combina um exame oral com tempo livre para recolha de informação), questões estruturadas em torno de um caso clínico

(*modified essay questions*) e ainda exames clínicos estruturados em que se apresentam casos clínicos formais avaliados com base numa *check-list* previamente definida. A tendência é para focalizar as avaliações sobre competências cognitivas elaboradas em vez de apreciar a simples memorização de conhecimentos. Verifica-se também uma tendência para reduzir o número de avaliações, integrando as matérias em não mais de um exame por semestre.

Um outro desenvolvimento importante consiste na **avaliação dos programas de ensino**. Na maior parte das escolas, a avaliação do *curriculum* e dos programas específicos, pelos próprios alunos, é uma prática corrente. A opinião dos docentes, de associações de consumidores e de estruturas independentes de avaliação são também parte integrante de um processo de avaliação contínua do programa de ensino. É naturalmente indispensável, e assente na maior parte dos casos, que estas avaliações sejam seguidas de *feed-back* e acções concretas para resolução dos problemas detectados. Temos à nossa disposição uma vasta literatura sobre métodos de avaliação potencialmente aplicáveis aos diferentes níveis do Ensino Médico universitário.

Existem, naturalmente, muitas vias diferentes de atingir estes objectivos educacionais, que se podem traduzir em estruturas muito diversas do processo de ensino e aprendizagem. Nem todas serão praticáveis no contexto particular de cada escola. O que importa fundamentalmente considerar é até que ponto o modelo escolhido está de acordo com os princípios básicos da psicologia da aprendizagem⁹⁻¹⁰, como, por exemplo: quem aprende deve adicionar conhecimento novo ao que já sabe, aprender num ritmo individual e seguir linhas pessoais de pensamento. É também importante que o estudante controle o seu processo de aprendizagem e que o ensino sublinhe particularmente as vertentes de compreensão e aplicação. Conclusões semelhantes às apontadas para o ensino pré-graduado foram recentemente explanadas numa revisão da literatura sobre investigação educacional ao nível pós-graduado e da educação médica contínua¹¹.

Podem considerar-se vários modelos e teorias aplicáveis à aprendizagem num contexto profissional. Schön¹² demonstrou que muitos profissionais, incluindo médicos, dependem frequentemente mais da sua capacidade de reflectir-em-acção do que de conhecimento factual ou de modelos rígidos de decisão. Trata-se, na realidade, de uma aprendizagem pela prática, acompanhada pelo desenvolvimento da capacidade de formação contínua e de resolução de problemas, ao longo da vida. Em resumo, os passos importantes consistiriam, primeiro em reconhecer e aplicar regras, factos ou operações gerais; em segundo lugar, raciocinar sobre o caso problemático a partir de regras gerais e só então desenvolver e testar novas formas de compreensão e acção. Claramente, as formas de raciocínio variam entre as profissões e mesmo entre as várias subespecialidades médicas.

Fizeram-se também estudos visando esclarecer quais as forças que levam os clínicos a esforçar-se por se manter a par dos progressos na Medicina e a reconsiderar os métodos que utilizam¹³. Entre outros, dois factores

intrínsecos são reconhecidos como determinantes desta adaptação: a força natural para procurar a excelência profissional e o receio de cometer erros. Os processos de *acomodação* e *assimilação* cuja importância na aprendizagem foi reconhecida por Piaget¹⁴ estão claramente de acordo com a prática espontânea do *Médico reflectivo*.

Se a avaliação do programa de ensino demonstrar que a maior parte dos estudantes adquire as desejáveis competências, atitudes, valores e conhecimentos e que o fazem sentindo-se estimulados e satisfeitos com o programa a que foram submetidos, a reforma terá sido um sucesso.

CONSIDERAÇÕES SOBRE ALGUMAS DIFICULDADES À REFORMA DO ENSINO MÉDICO EM PORTUGAL

Um dos principais obstáculos que se colocam à prossecução de uma reforma profunda do Ensino Médico em Portugal reside **na falta de diálogo e interacção** entre os diversos departamentos universitários. De uma maneira geral, as cadeiras e departamentos são geridos de forma completamente autónoma, determinando os seus programas no desconhecimento quase completo dos conteúdos programáticos das restantes áreas de ensino. Na falta de uma unidade de vigilância curricular verifica-se que só os alunos têm uma visão global do *curriculum*. Daqui resulta uma considerável sobreposição de matérias, em paralelo com lacunas curriculares importantes. A falta de interpenetração dos departamentos básicos e clínicos determina ainda que os conteúdos das cadeiras básicas sejam não só ensinados de forma desmotivadora, porque desligados da prática clínica, mas também, frequentemente, inadequados às necessidades do ciclo clínico e do médico prático.

Estas dificuldades são particularmente sensíveis no dia-a-dia dos chamados hospitais escolares, nos quais persiste um completo e insustentável divórcio entre as vertentes assistencial e educativa. Claramente, a solução deste problema está longe de ser fácil, mas o esforço que se impõe na melhoria e aprofundamento do treino clínico dos estudantes de Medicina exige que se aborde esta questão de forma clara e desassombrada. Na maior parte dos países, o trabalho num hospital escolar impõe, por inerência, um vínculo a funções educativas. As vantagens desta actividade para a formação dos próprios médicos em treino é de tal modo evidente que a sua integração e valorização nos tirocínios de especialidade parece indiscutível. Dos médicos diferenciados deverá exigir-se, no mínimo, uma compreensão desta vertente essencial do hospital escolar, que mais não seja, por ser uma obrigação iniludível de todo o médico contribuir para a formação adequada dos seus pares mais jovens.

Impõe-se, naturalmente, modificar este estado de coisas. Só de um diálogo aberto e cooperação estreita entre os departamentos será possível obter uma gestão adequada dos recursos e do tempo e incutir no novo médico a visão integrada, profissional e dinâmica da Medicina que lhe permitam enfrentar com sucesso e humanismo os desafios do seu futuro profissional. Se a Escola optar por

uma maior integração horizontal e vertical das matérias e decidir levá-la a cabo, tornar-se-á indispensável que os interessados em cada área sejam chamados a debater e definir os respectivos objectivos, métodos e conteúdos. Há, pois, que promover o diálogo institucional por todos os meios. As oportunidades de debates e troca de experiências sobre educação médica terão de multiplicar-se. O processo poderá ser imposto hierarquicamente de uma forma global ou, pelo contrário, ser faseado com a introdução progressiva de áreas de leccionação comum. Em muitos casos o processo foi acompanhado e impulsionado pela própria fusão de departamentos em estruturas de maiores dimensões, de forma a facilitar a direcção e coordenação da vertente pedagógica. Algumas faculdades optaram por exigir a cooperação entre professores de cadeiras básicas e clínicas na elaboração dos exames como forma de promover a interacção entre as respectivas áreas. Obviamente que as iniciativas deste tipo não têm necessariamente que partir da hierarquia. Grupos de departamentos ou docentes individualmente considerados poderão ter um papel decisivo na promoção de iniciativas de diálogo e integração que poderão representar um factor extremamente importante no envolvimento progressivo do resto da escola. Será de salientar, em todo o caso, que esta interacção departamental terá também implicações de enorme alcance no enriquecimento dos conhecimentos e da prática dos respectivos docentes gerando ainda novas oportunidades de investigação e um estímulo para o aprofundamento do seu rigor científico e relevância clínica.

Impõe-se, por todos estes motivos, que as escolas possam contar com docentes motivados, disponíveis e pedagogicamente competentes. Só muito recentemente se promoveram entre nós as primeiras **acções de formação pedagógica** para docentes em Medicina. As excepcionais qualidades pedagógicas que se podem reconhecer em alguns dos nossos docentes são fruto exclusivo do talento e do esforço individual. A escola médica em Portugal não oferece aos seus docentes, a não ser pela prática, qualquer oportunidade estruturada de avaliarem as suas limitações e melhorarem as suas qualidades pedagógicas. A verdade, por outro lado, é que não exige dos mesmos que façam prova dessas qualidades. E este é outro, e não menor, problema. À semelhança do que se passa em muitos países, o docente médico tem consciência de que as suas qualidades pedagógicas estão colocadas muito baixo na tabela dos factores determinantes da sua progressão na carreira ou satisfação financeira. Não é fácil perspectivar a institucionalização regulamentada de mecanismos que permitam valorizar devidamente a dedicação pedagógica nestas suas implicações. Algumas tentativas nesse sentido foram ensaiadas em algumas escolas mas ainda de forma incipiente¹⁵. A sua aplicação afigura-se algo difícil no quadro da nossa regulamentação legal e prática tradicional. Nas condições actuais, o estímulo para a dedicação pedagógica terá que ser alimentado em outras áreas de compensação como sejam o reconhecimento entre os pares, a avaliação de resultados e da satisfação entre os discentes e, acima de tudo, na procura da excelência profissional que, por imperativo moral e social, é

indissociável da própria Medicina. Na medida em que estes princípios passassem a premiar a prática do ensino, a competência pedagógica passaria inevitavelmente a desempenhar um papel de destaque nas oportunidades de carreira docente e, logo, nas preocupações dos que a ela se dedicam. Importa também salientar que os cursos e debates sobre Ensino Médico representam, por si só, um poderoso estímulo ao aprofundamento do trabalho pedagógico continuado, não só por revelar formas novas e criativas de abordar dificuldades comuns à generalidade dos docentes, mas também por revelar o que acaba por ser um novo e excitante campo de trabalho e investigação científica.

É inegável que o actual **regime remuneratório** da carreira docente representa, justificadamente, um factor da maior importância na desmotivação para as tarefas pedagógicas. Trata-se de um regime liminarmente incompatível com a dignidade das funções que pretende recompensar e que obriga, com frequência, à procura de meios adicionais de subsistência. Contudo, será difícil questionar a observação de que quem aceita um contrato de livre vontade se coloca na obrigação moral de cumprir as suas funções com a máxima competência e dedicação. De quem considerar que as condições de contrato são incompatíveis com o exercício digno das funções, só duas atitudes parecem aceitáveis: ou a luta pela modificação do contrato ou a demissão, mas nunca a negligência. Na prática, sejamos realistas, a solução frontal *pagar bem e exigir bem*, não seria provavelmente aceitável, nem por governantes nem por governados em Portugal. Apesar de todas as dificuldades, um número considerável dos nossos médicos mais dotados continua a optar pela carreira docente e não se verificam em Portugal movimentações determinadas por parte dos docentes médicos com vista à modificação do regime remuneratório manifestamente desajustado. Este factos parecem demonstrar ser possível encontrar na carreira docente aliciantes alternativos e suficientes. Seguramente que a satisfação profissional é um destes aliciantes e seria de esperar que represente estímulo suficiente para uma perseguição continuada da excelência profissional também na área pedagógica, aumentando a sustentação moral para reivindicar, de todas as formas, uma remuneração condigna.

A **promoção da formação pedagógica** adequada dos docentes tem de constituir, necessariamente, um dos pilares fundamentais de uma reforma profunda do Ensino Médico. Esta necessidade, pouco passível de discussão no nosso país, tem sido repetidamente demonstrada nos processos de renovação empreendidos pela mais variadas escolas a nível internacional. A facilidade com que hoje é possível promover intercâmbios entre escolas e docentes a nível internacional torna esta tarefa não só acessível como aliciante. Basta, para tal, que as autoridades académicas em cada escola se empenhem em tal processo. A experiência de outras escolas demonstra que mesmo iniciativas limitadas e pontuais nesta área, desde que continuadas, têm um poderoso efeito de arrastamento, levando a que números crescentes de docentes se sintam mobilizados e acabem envolvidos em acções de formação. Na medida em que estas se venham a tornar mais acessíveis no nosso país, será possível perspectivar medidas concretas que permitam acelerar

o processo. Poder-se-ia, por exemplo, determinar que a frequência de cursos de formação pedagógica constituísse um factor importante de preferência nos processos de contratação de docentes e que as provas de doutoramento passassem a incluir de forma obrigatória a apresentação de trabalhos de índole pedagógica.

As dificuldades de **adaptação dos discentes** aos novos processos de ensino merecem também consideração. É muito provável que os alunos de Medicina, habituados a anos de ensino passivo, vejam com apreensão uma metodologia que irá exigir de si um papel muito mais activo e determinante e em que os objectivos pedagógicos, porque dependentes em maior medida do próprio aluno, são mais indefinidos e, talvez, ansiógenos. Estes aspectos são particularmente relevantes se considerarmos as opções de ensino auto-orientado e baseado na resolução de problemas. As experiências internacionais parecem, contudo, demonstrar que este problema é mais teórico que real. A introdução gradual dos novos métodos facilita a adaptação e, na generalidade dos casos, os alunos passam por fases iniciais de *sobrecarga e desassossego* mas acabam por considerar os novos métodos muito mais estimulantes e satisfatórios⁸. Parece, por outro lado, indiscutível que os novos métodos facultam aos alunos uma experiência bastante mais próxima da prática real da Medicina e os preparam mais eficazmente para a actualização contínua que terão que prosseguir e orientar após a licenciatura.

Para tudo isto são obviamente indispensáveis novos recursos financeiros. As propostas de modernização do ensino envolvem custos consideravelmente acrescidos, não só em tempo docente mas também no acesso às novas tecnologias de ensino e informação. Tais exigências são claramente incompatíveis com os magros recursos actuais das nossas escolas médicas, quase completamente exauridos em despesas salariais. A solução, pelo menos parcial deste problema, não se afigura particularmente difícil em Portugal. Parece transparente que o empenhamento do governo na implementação acelerada da reforma proposta, reside na poupança de salários resultante da integração do internato geral no plano de estudos da licenciatura. Contudo, esta medida aparentemente simples exige a mais profunda reforma do Ensino Médico operada em Portugal nas últimas décadas. Poucos haverá que discordem desta directiva, mas há que reconhecer a evidência de que se ela não se acompanhar de uma reformulação profunda dos conteúdos programáticos e da metodologia do ensino, o resultado poderá ser catastrófico para a qualidade dos médicos que formamos e dos cuidados que prestarão no futuro. Desta forma, é, em absoluto, lícito e defensável que as Faculdades de Medicina exijam que os dinheiros poupados com a reforma sejam integralmente aplicados na reformulação do ensino, mesmo que para tal tenham que aceitar a congelamento das contratações de novo pessoal docente. Seria moralmente inatacável que esta fosse uma condição sine qua non apresentada pelas Faculdades para a prossecução da reforma.

Difícilmente, cremos, uma reforma deste tipo poderá ser imposta, com sucesso, de cima para baixo no nosso país. Indiscutivelmente, as suas probabilidades de sucesso serão extraordinariamente aumentadas se existir um **efectivo empenhamento das estruturas hierárquicas** das diferen-

tes Faculdades. Mas, num país tradicionalmente apostado em questionar e resistir à autoridade, o papel essencial deverá caber aos grupos sensibilizados para a reforma que, num processo ponderado mas determinado, e por iniciativas concretas, irão progressivamente alargando o número dos interessados. Esta tem sido a realidade na generalidade das escolas tradicionais por todo o mundo. Com o tempo, a generalidade destas instituições acabaram por reconhecer a necessidade de um esforço contínuo e coordenado nesta área. Muitas destas escolas promoveram a criação de **entidades pedagógicas autónomas**, permanentes, encarregadas de coordenar o processo de reforma, vigiar os conteúdos curriculares, promover a formação de docentes e a renovação dos métodos de ensino e avaliação. As modalidades de que se revestem estas instituições e a sua forma de articulação com os restantes corpos orientadores das escolas é muito variável. A existência de uma estrutura deste tipo nas escolas portuguesas, *investida de real poder pedagógico*, apresenta-se como um instrumento essencial para garantir que as orientações pedagógicas decididas pela escola sejam efectivamente levadas à prática e devidamente avaliadas. Na falta desta autoridade centralizadora correr-se-á o risco de que qualquer nova proposta siga o destino da morte por inanição, que viu perecer muitas e louváveis iniciativas pedagógicas nas nossas escolas médicas ao longo dos anos. Qualquer que seja a orientação assumida por cada escola é indispensável, no mínimo, que os responsáveis pela coordenação pedagógica geral ou por área de ensino sejam claramente identificados, por forma a ser possível uma efectiva liderança e uma adequada **atribuição de autoridade, responsabilidades e méritos**.

Qualquer reformulação profunda do Ensino Médico é, necessariamente, um processo longo e evadido de dificuldades, destinado a enfrentar numerosos obstáculos provenientes sobretudo da inércia, dos interesses estabelecidos, da protecção de territórios e autoridades pessoais. As resistências, mais passivas do que declaradas, serão inevitavelmente muitas e ponderosas, como em todos os casos que envolvem uma mudança de atitude. Esta realidade é comum a todas as escolas tradicionais e estabelecidas e muito haverá a recolher da experiência de Faculdades estrangeiras que, partindo de idênticas condições conseguiram, apesar de tudo, implementar progressos consideráveis. O maior ou menor sucesso da reforma dependerá, essencialmente, do grau de empenhamento real daqueles que nela apostam, da sua perseverança, imaginação e criatividade em promover iniciativas apostadas em convencer os mais renitentes. Só uma verdadeira disponibilidade para a auto-crítica, a reflexão interior, o brio profissional, o diálogo interdisciplinar e a renovação sadia da mentalidade de docentes e discentes, permitirá reverter a situação confusa, delusória e preocupante em que se encontra actualmente a nossa Educação Médica. Há, acima de tudo, que abandonar o tradicional espírito português da queixa contínua, sem consequência e deitar mãos à obra.

Parece, em face do exposto, desnecessário reiterar que a prossecução da reforma de maneira precipitada será condená-la ao fracasso, por absoluta falta de tempo para programação adequada e por carência de condições

financeiras mínimas para a sua efectivação em condições de eficácia, profissionalismo e dignidade.

DUAS DÉCADAS DE REFORMA DO ENSINO MÉDICO NO KAROLINSKA INTITUTET

Contexto académico e organização da Saúde.

Na Suécia, tal como em muitos outros países, os aspectos pedagógicos não receberam tradicionalmente uma elevada prioridade nas universidades. Os professores universitários foram, e ainda são, contratados essencialmente pelas suas capacidades de investigação. Com o aumento progressivo do número de estudantes, a qualidade do ensino e avaliação sofreu uma deterioração considerável, impedindo os alunos de atingir uma formação de boa qualidade. Estes aspectos foram reconhecidos, em meados dos anos sessenta, por uma comissão para o ensino superior que propôs a criação de unidades de desenvolvimento pedagógico nas universidades suecas. O Instituto Karolinska, uma grande escola médica fundada em 1810 e bem conhecida pelas suas actividades de investigação e pela atribuição do Prémio Nobel, declinou então esta proposta, tendo sido necessários vários anos para que fosse decidido contratar um consultor educacional e estabelecer uma unidade daquele tipo, financiada pelo governo.

Em 1972 foram finalmente instalados um Comité e uma Unidade para o Desenvolvimento Educativo. Este Comité, com carácter independente, era constituído por um pequeno número de professores de Medicina, dentistas e estudantes, interessados em matérias pedagógicas. Eram responsáveis pela gestão financeira, direcção e orientação da unidade pedagógica. A unidade integrava um consultor a tempo inteiro, formado em ciências do comportamento (a que se juntaria um outro, alguns anos mais tarde) e por três técnicos responsáveis pelo material educativo e audio-visual.

Em 1984, a unidade foi transformada no Departamento Académico para Investigação e Desenvolvimento em Educação Médica, financiado pelas diferentes departamentos académicos do Karolinska. Desde o início dos anos setenta que os estudantes detêm lugares com direito a voto, tanto nos corpos directivos da Escola como no Comité Curricular.

Todos os cuidados hospitalares nos países nórdicos são gratuitos. Os hospitais são, em regra, propriedade das autoridades regionais. Os hospitais que têm funções escolares são financeiramente compensados pelo estado. Surgem por vezes alguns problemas educacionais devidos ao facto de que os cuidados de saúde estão sob a tutela do Ministério da Saúde enquanto as faculdades dependem do Ministério da Educação. Os cuidados primários de saúde são igualmente gratuitos e a quase totalidade dos clínicos gerais trabalham nos serviços dependentes das autoridades regionais.

Na actualidade, qualquer modificação significativa da estrutura do Ensino Médico exigirá a colaboração entre quatro estruturas:

- 1) Hospitais (autoridades regionais),
- 2) Ministério da Saúde,
- 3) Ministério da Educação e representantes das faculdades de Medicina
- 4) a classe Médica (*Medical Doctors' Association*).

RESULTADOS

O *curriculum* médico pré-graduado era caracterizado, no início dos anos setenta, por um programa médico bastante tradicional: dois anos e meio de ciência básicas, seguidos por três anos de treino clínico, estruturado com base em múltiplas disciplinas. O ensino era dominado por aulas teóricas e a avaliação incluía numerosos exames finais, na sua maior parte do tipo escolha múltipla. Em comparação com o que se observava há 20 anos, existe hoje bastante mais:

- integração entre as diversas ciências básicas, bem como entre estas e as ciências clínicas;
- aprendizagem activa pelos alunos e alguns cursos com uma verdadeira estrutura de ensino por resolução de problemas;
- seminários e actividades em pequenos grupos;
- tempo para aprendizagem independente pelos alunos;
- avaliações esquematizadas para apreciar a capacidade de integrar e aplicar conhecimentos, bem como o raciocínio clínico e a competência técnica;
- sessões de *feed-back* na prática clínica;
- ensino de novos aspectos tornados importantes pelas modificações nos cuidados de saúde;
- períodos opcionais (*electives*);
- contacto clínico precoce;
- acções de formação pedagógica do pessoal envolvido no ensino.

Foi assim possível reduzir de forma acentuada:

- o número de exames finais;
- o conteúdo em ciências básicas - que foi reduzido em um terço e reorientado para matérias mais relevantes na prática clínica;
- o número de aulas teóricas.

Ao longo do mesmo período foi também possível implementar:

- um exame final de ciências básicas que cobre a totalidade dos primeiros dois anos de ensino e que é organizado e avaliado conjuntamente por cientistas e por clínicos. O exame consiste de uma parte escrita com perguntas (de resposta curta e desenvolvimento) sobre matérias integradas, bem como uma oral em que dois cientistas e um clínico procedem ao interrogatório de três estudantes;
- um curso avançado de ciências para um pequeno grupo de alunos;
- um processo de selecção à entrada (actualmente em regime experimental para 1/3 das admissões), baseado num teste de capacidade académica e duas entrevistas realizadas por um psicólogo e um professor de Medicina, separadamente.
- uma reorganização de departamentos, incluindo a fusão de muitos deles (de 140 para 35 departamentos) e uma progressiva transferência da responsabilidade do programa pedagógico para grupos de professores e de departamentos. Os coordenadores destes subgrupos constituem o Comité Curricular, dirigido por três pessoas: o Director (*Dean*) do Karolinska, o Director da investigação e o Director do programa pré-graduado.

Finalmente, foi possível reconhecer um empenhamento crescente em tomar iniciativas nas áreas de:

- avaliação de qualidade do programa pré-graduado através dos seus efeitos sobre as capacidades de investigação e reflexos sobre os cuidados médicos;
- valorização das qualidades e do trabalho pedagógico na progressão na carreira docente.

Existem, finalmente, alguns projectos e actividades que, entre muitos outros, merecem uma referência:

- um projecto de investigação que visa avaliar quais os conhecimentos de ciências básicas que os estudantes empregam na resolução de problemas clínicos e de que forma o fazem;
- um programa experimental em que pequenos grupos de estudantes têm encontros regulares com um clínico e um psicólogo ao longo do primeiro ano e meio de treino clínico, visando a discussão de todo o tipo de emoções e aspectos deontológicos;
- um projecto em que todos os departamentos clínicos de um hospital escolar aceitaram colaborar com vista a melhorar o acolhimento dos estudantes como parte da estrutura de saúde em vez de meros estudantes inexperientes e ignorantes;
- a introdução de módulos educativos assistidos por processos multi-media, altamente interactivos, por computador;
- um projecto de investigação sobre o que os estudantes aprendem em exercícios laboratoriais e de que forma isso influencia as suas preferências de estudo e as suas atitudes.

Estratégias e fases de desenvolvimento.

As discussões estratégicas do Comité e Unidade para o Desenvolvimento Educativo permitiram estabelecer, desde cedo, alguns princípios orientadores fundamentais:

- dedicar o essencial do esforço ao suporte dos docentes interessados na mudança dos métodos educativos, em vez de tentar convencer os mais hesitantes ou negativos sobre estas matérias. Considerámos que o apoio aos docentes interessados na experimentação de novas abordagens e na divulgação dos seus resultados teria efeitos de disseminação como os de uma *pedrada no charco*;
- o papel da unidade deveria consistir essencialmente em apoiar a implementação das mudanças, retirando-se quando as actividades tivessem sido iniciadas e decorressem de forma satisfatória;
- perseverar na defesa dos princípios de participação activa dos alunos, orientação por problemas e integração de matérias, que se queriam ver reflectidos no curriculum e métodos de ensino e avaliação, apesar de serem contrários às ideias então dominantes e estarem necessariamente destinados a enfrentar marcada resistência.

Algumas características e lições retiradas do processo de mudança.

De entre os numerosos ensinamentos que se poderiam retirar da experiência documentada no Karolinska¹⁶ e claramente expressos nas recomendações da OMS sobre a implementação da reforma da Educação Médica¹⁷, alguns merecem ser aqui sublinhados:

Em escolas tradicionais, há muito estabelecidas e orientadas para a investigação, nas quais as actividades docentes têm pouco valor, a implementação da reforma pedagógica é inevitavelmente lenta e arrastada.

É fundamental dar apoio efectivo aos docentes empenhados, nas suas tentativas de melhorar e avaliar diversos aspectos do programa e ajudá-los seguidamente a documentar e divulgar os seus esforços. A divulgação das mudanças é essencial à obtenção do "efeito de dominó" de bons exemplos dentro da escola. As experimentações, mesmo que em pequena escala, desde que devidamente planeadas, tendem a levar a progressos adicionais. É, com frequência, mais importante apresentar acções concretas mesmo de pequenas dimensões do que promover discussões prolongadas. No princípio, o progresso parece ser muito lento mas, à medida que se instala um clima favorável ao aprofundamento pedagógico, os desenvolvimentos e adaptações adicionais tendem a decorrer de forma contínua e bastante mais acelerada.

É imperioso que a introdução das reformas, e ainda mais a sua manutenção, conte com a participação activa e empenhada dos interessados. É por demais evidente que os docentes que não participem da identificação dos problemas ou da elaboração das soluções, dificilmente se mostrarão empenhados e eficazes na implementação das reformas, por melhores que estas sejam.

As atitudes da liderança da escola são muito importantes. Uma liderança pouco empenhada tornará o desenvolvimento pedagógico muito difícil. Mas, para que uma liderança progressista funcione bem, é indispensável que possa contar com um número suficiente de docentes que compreenda o alcance das inovações e se empenhe na sua prossecução. A experiência do Karolinska tem sido mais a de um desenvolvimento de baixo para cima do que a de um processo imposto de cima para baixo.

É ainda verdade que na maior parte das escolas médicas os esforços pedagógicos pesam muito pouco nas oportunidades de progressão na carreira e este obstáculo tem que ser combatido. Uma revisão da literatura sobre estes aspectos nas Faculdades norte-americanas¹⁵ oferece exemplos interessantes. No Karolinska, e apesar de não se dar a devida importância ao empenhamento pedagógico, tem-se conseguido obter progressos importantes. Uma das razões para este facto reside em que, à medida que as atitudes em relação ao ensino pré-graduado se tornam mais positivas, as prioridades dos docentes entre os domínios da investigação, prática clínica e ensino, mudam também.

Uma outra lição recolhida do Karolinska é que vale a pena que as Faculdades comandem o processo, em vez de se limitarem a responder a imposições ou recomendações externas, nomeadamente governamentais. O empenhamento do corpo docente será sempre claramente superior na implementação das ideias inovadoras nascidas na própria escola.

Finalmente, uma pequena nota sobre um aspecto típico, talvez cultural, da sociedade e academia suecas. É provável que o factor mais importante na promoção das reformas, apesar de todas as dificuldades, reside no empenhamento em alcançar a mais alta qualidade em todas as áreas de actividade, quer se trate de investigação, prática clínica ou ensi-

no. A busca de qualidade e profissionalismo, o princípio científico de avaliar processos e mudar de acordo com os resultados, constituem componentes de inestimável valor na implementação da mudança.

BIBLIOGRAFIA

1. Physicians for the twenty-first century. The GPEP report. Washington, DC 20036; Association of American Medical Colleges, 1984
2. World Conference on Medical Education, Edinburgh 7-12 August 1988, report. Edinburgh, World Federation for Medical Education 1988
3. World Summit on Medical Education: The changing medical profession - recommendations. Medical Education 1993; 28 (Suppl. 1): 140-49
4. Comité Consultivo sobre a Formação dos Médicos (CEE). Relatório e recomendações sobre o ensino universitário no domínio da Medicina. Bruxelas (Nº 111/F/5127/3/92), 1992.
5. HARDEN RM, SOWDEN S, DUNN WR: Some education strategies in curriculum development: The SPICES Model. Medical Education 1984; 18: 284-97
6. GILBERT J-J. How to devise educational objectives. Medical Education 18: 134-141; 1984
7. WALTON J & BINNS TB (EDS): Medical Education and manpower in the EEC (Symposium). London, The MacMillan Press, 1984
8. Mårtenson D. Is problem-based learning beneficial? A research overview. Educação Médica 1993; 4 (1): 2-9
9. AUSUBEL D, NOVAK J, HANESIAN H: Education Psychology - a cognitive view. New York; Holt, Rinehart & Winston, 1978
10. MARTON F, HOUNSELL D, ENTWISTLE D (EDS). The experience of learning. Edinburgh, Scottish Academic Press 1986
11. MANN K: Educating medical students: lessons from research in continuing education. Academic Medicine 1984; 69 (1): 41-47
12. SCHÖN D: Educating the reflective practitioner. USA, San Francisco, Jossey-Bass Inc Publ 1983
13. FOX R, MAZMANIA P, PUTNAM R (EDS): Changing and learning in the life of physicians. New York, Praeger, 1989.
14. PIAGET R. Intellectual development from adolescence. Human Development 1972; 15: 1-12
15. RIPPEY R: The evaluation of teaching in medical schools. New York, Springer Publ Co 1981
16. MÅRTENSON D: Educational development in an established medical school: facilitating and impeding factors at the Karolinska Institutet. Medical Teacher 1989 11(1): 17-25
17. WHO: Change in Medical Education - an agenda for action. Geneva, World Health Organization 1991

