

PREVER A MEDICINA DAS PRÓXIMAS DÉCADAS

Que implicações para o planeamento da educação médica?

VÍTOR RAMOS*

Centro de Saúde do Lumiar. Lisboa.

RESUMO

Neste texto, que é fundamentalmente um artigo de revisão, o autor chama a atenção para a necessidade de compreender as transformações profundas por que estão a passar a ciência em geral e as ciências médicas em particular quanto aos seus fundamentos, princípios e valores. Tendo em conta conceitos ligados à teoria de Kuhn sobre a estrutura das revoluções científicas identificam-se algumas das insuficiências já evidenciadas pelo paradigma reducionista vigente e avançam-se algumas hipóteses sobre uma configuração provável para um novo paradigma. Analisa-se o fenómeno do ressurgimento recente da clínica geral/medicina de família nos países industrializados relacionando-o com o processo mais geral de transformação do paradigma da medicina científica. Paralelamente, abordam-se as novas tendências das políticas e das estratégias de saúde internacionais nomeadamente a ênfase crescente nos cuidados de saúde primários e as metas de saúde para a Europa até ao ano 2000. Dos vários factores e tendências considerados extraem-se algumas implicações práticas para o planeamento da educação médica nas próximas décadas.

SUMMARY

Medicine in the next decades. What consequences for medical education?

The author emphasizes the need to understand the ongoing fundamental changes in science and in medicine concerning their foundations, principles and values. This article is systematized according some concepts related to the Kuhn's theory on the structure of scientific revolutions. Starting from the main insufficiencies already detected in the reductionist paradigm, the author attempts to formulate a configuration for a new paradigm. The recent rebirth of general practice/family medicine on industrialized countries is considered as one forerunner sign of the new paradigm for scientific medicine. The new trends on health politics and health strategies for european countries, including the emphasis on primary health care, are also approached. Practical implications for the planning of medical education in the next decades are drawn from the analysed factors and trends.

A complexidade dos problemas que se deparam aos educadores médicos na actual textura hospitalar e sócio política e o grande número de sugestões, propostas e reformas que são feitas leva-me a suspeitar que, neste domínio, nos encontramos num período de crise ou revolução como o descrito por Thomas Kuhn.

M. Carneiro de Moura¹

INTRODUÇÃO

O século XXI não está assim tão distante que não possamos prever como vamos entrar nele. No ano 2001 cerca de metade dos actuais médicos não terá ultrapassado os 45 anos e novas gerações se lhes terão juntado em cada ano².

Pensar no futuro próximo da medicina portuguesa não é uma preocupação meramente corporativa. Como referiu o Prof. Ribeiro da Silva na sua alocução presidencial na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa: *Se não nos interessarmos pelo futuro dos jovens médicos portugueses, nas carreiras instituídas ou fora delas, estaremos a desinteressar-nos também da própria saúde dos portugueses e da própria vida de Portugal*³.

Pensar no futuro da medicina portuguesa é, em grande medida, reflectir sobre os factores que condicionaram a sua

situação actual em Portugal e é, também, procurar compreender as grandes transformações que se estão operando no pensamento filosófico e científico contemporâneos e que irão certamente ter repercussões nos princípios, nos conceitos e na prática da medicina nas próximas décadas.

PREVER PARA DECIDIR E AGIR MELHOR

A capacidade humana de previsão pode ser hoje apoiada por um conjunto de métodos e técnicas que podem envolver modelos intuitivos, heurísticos, matemáticos ou mesmo modelos de simulação que recorrem a equipamento informático potente — sempre com uma margem de erro quantificável; sempre com a possibilidade da intervenção implacável do acaso⁴.

*Por convite da A.M.P.

Porém, prever a medicina das próximas décadas não requer necessariamente o recurso a métodos complexos nem implica prever em pormenor os conhecimentos e os avanços técnicos que surgirão nos próximos anos. Importa, talvez mais, procurar prever as grandes linhas do enquadramento filosófico, sócio-cultural e científico da medicina ocidental no início do Séc. XXI; procurar compreender as tendências que já se desenham actualmente na sociedade e na ciência e que hão-de repercutir-se necessariamente na cultura e na *praxis* médicas do futuro próximo.

Também teremos, cada vez mais, de interiorizar e aplicar a ideia contida na célebre frase de Abel Salazar: *o médico que só sabe medicina, nem medicina sabe!*

A CRISE DO PARADIGMA VIGENTE

Engel no seu artigo publicado na *Science* em 1977⁵ afirma que embora a insuficiência do modelo biomédico tenha sido primeiramente detectada na psiquiatria — em Portugal, o Prof. Barahona Fernandes tem-se referido a este aspecto^{6,7} —, a crise afecta toda a medicina. E, esta crise, deriva de um erro básico — a persistência em aderir a um modelo de conceito de doença que já não se adequa às funções científicas e às responsabilidades sociais da medicina. No entanto, como tudo é relativo e tudo tem o seu mérito convém recordar os antecedentes desta situação.

A chamada fase analítica e reducionista da medicina estabeleceu-se progressivamente na primeira metade do Séc. XX mas só atingiu o seu desenvolvimento plenos nas décadas do pós-guerra. Após a II Guerra Mundial deram-se profundas transformações sociais, económicas e científicas com repercussão nos sistemas de saúde e nos serviços médicos. Estes, passaram a requerer ambientes tecnológicos cada vez mais sofisticados e as especialidades e sub-especialidades médicas e médico-cirúrgicas multiplicaram-se explosivamente.

Como marco de referência relacionado com o arranque desta fase costuma citar-se o relatório Flexner que, em 1910, nos EUA, levou ao encerramento de muitas escolas médicas americanas por falta de credibilidade científica. O rigor de critérios e requisitos que passou a ser exigido às escolas médicas sobreviventes tornou-as centros de ensino e de investigação e possibilitou o desenvolvimento de uma medicina tecnológica altamente especializada embora progressivamente menos sensível ao papel social da profissão médica. Esta tendência levou o próprio Flexner a advertir em 1930: *A intensidade com que se cultiva a medicina científica ameaça o desaparecimento do juízo sensato e amadurecido, da ampla cultura, aspectos que caracterizavam o melhor da velha geração*⁸. O movimento científico e tecnológico, paradigmático das sociedades industriais, era porém e naturalmente, imparável.

Os hospitais, por sua vez, sofreram uma metamorfose em todo este período de evolução. De locais de caridade, desde os tempos medievais, destinados em geral aos pobres e aos indigentes, passaram a templos da ciência e da tecnologia médicas.

De facto, a concentração nos hospitais de recursos humanos e de casos clínicos, numa fase analítica da medicina, e a ligação de alguns deles às escolas médicas condicionaram a atracção dos médicos mais interessados e capazes. A montagem de equipamentos, laboratórios e o desenvolvimento de tecnologia estiveram também facilitados pelo ambiente concentracionário dos hospitais, permitindo aprofundar os conhecimentos nos vários domínios da patologia e da terapêutica.

Não se pense, porém, que o especialismo é exclusivo da medicina dos nossos dias. Heródoto, ao descrever a medicina

praticada no vale do Nilo anteriormente a 2000 AC, faz a seguinte observação:

*A arte da medicina é muito dividida; cada médico dedica-se a apenas uma doença e não mais. Abundam médicos por toda a parte; uns para os olhos outros para a cabeça, outros para os intestinos e outros para as doenças internas*⁹.

A partir da década de 60 começaram a surgir, em vários países, críticas à medicina e à classe médica, acompanhando as correntes filosóficas e os movimentos sociais que eclodiam nessa altura. Esta contestação subiu de tom nos anos 70 e a imagem do médico passou a acusar uma degradação progressiva^{5, 10, 11, 12, 13, 14, 15}.

Começava a pôr-se em causa o modelo reducionista predominante. Acusava-se a medicina de desumanização, de cegueira tecnológica e de perda do sentido da responsabilidade social. O prestígio inquestionável usufruído pela medicina nos 30 anos precedentes começava a ser abalado.

O paradigma vigente da medicina era posto em causa à medida que as suas insuficiências se evidenciavam face à modificação dos problemas e das necessidades da saúde (ou da sua percepção pela sociedade). Esta evolução decorreu das transformações sócio-demográficas, culturais e políticas ocorridas nos países industrializados.

Exemplos:

a) Modificações demográficas:

- O envelhecimento crescente da população fez aumentar um grupo grande consumidor de cuidados médicos com problemas de evolução prolongada, frequentemente múltiplos e com implicações psico-sociais que ultrapassam o modelo biomédico habitual;
- a diversificação dos tipos de *família* e a dinâmica complexa das relações interpessoais e intrafamiliares passaram a ter de ser frequentemente consideradas na avaliação dos fenómenos de saúde-doença e no estabelecimento de estratégias terapêuticas;

b) Modificação dos padrões de morbidade e de mortalidade:

- O aumento da população com doenças crónicas e com deficiências e incapacidades origina necessidades assistenciais às quais a *medicina de episódios agudos* não pode dar uma resposta capaz;
- os factores ligados ao ambiente e aos estilos de vida passaram a tornar-se determinantes nos padrões de morbidade e de mortalidade dos países industrializados;
- Os problemas psico-sociais e as perturbações afectivas são crescentemente reconhecidas como geradores de uma fracção importante da procura de cuidados médicos, com as mais diversas formas de apresentação¹⁶.

c) Reconhecimento da saúde como um direito:

- A saúde passou a ser generalizadamente considerada como um direito humano;
- acessibilidade, equidade, relação custo-benefício e outros conceitos, passaram a fazer parte dos discursos sobre política de saúde e irão condicionar muitas das decisões futuras;

d) Consequências da revolução tecnológica e da multiplicação de especialidades:

- novas possibilidades de intervenção;
- crescimento explosivo dos gastos em saúde;
- complexificação do labirinto da medicina;
- risco da desumanização dos cuidados médicos;
- medidas governamentais para contenção de gastos;
- as organizações profissionais afrontam os governos

reclamando o interesse dos doentes e a salvaguarda de padrões de qualidade;

— torna-se necessário procurar soluções equilibradas que permitam retirar o máximo benefício das possibilidades tecnológicas através da sua utilização criteriosa e pertinente;

- e) *Interface* dos sistemas de saúde com a comunidade:
 — a interface dos sistemas de saúde com a comunidade desloca-se, cada vez mais para os níveis locais, aproximando-se dos indivíduos e das famílias^{17, 18, 19}.
 — os centros de saúde são um dos figurinos possíveis para organizar a prestação de cuidados de saúde a nível comunitário. Existem outros modelos e o próprio conceito de centro de saúde pode tornar-se suficientemente flexível para se adaptar a diversos sistemas ou subsistemas de saúde. Podem ser privados, estatais ou mistos. Podem estar ou não ligados a universidades^{20, 21, 22}.
- f) *Ética e responsabilidade profissional*:
 — após um período de relativa latência, assiste-se ao ressurgimento das preocupações de ordem ética desencadeado, em grande medida, pelas implicações dos avanços da ciência e da tecnologia médicas e, por outro lado, pelo aumento da burocratização dos sistemas e dos serviços de saúde^{23, 24, 25}.

A interacção complexa de todos estes aspectos e factores veio criar a necessidade de novos horizontes para a medicina. Os modelos de causalidade, a taxonomia e os factores terapêuticos habitualmente considerados vão-se mostrando progressivamente insuficientes para explicar e resolver muitos dos problemas de saúde.

O PARADIGMA EMERGENTE

Há referências que se tornam habituais em artigos de reflexão sobre o futuro da ciência e, naturalmente também, das ciências médicas. Kuhn, Prigogine, von Bertalanffy, Engel, Dubos, entre outros, são alguns dos autores frequentemente citados^{1, 26, 27, 28, 29, 30, 31}.

Ao explorarmos a bibliografia, independentemente da polémica que se possa gerar em torno de um ou outro aspecto ou teoria, surge a evidência de se estar a atravessar uma autêntica revolução. São os próprios alicerces da nossa concepção actual de ciência — seus valores e princípios —, que estão a ser remexidos.

Se atendermos à teoria de Kuhn, sobre a estrutura das revoluções científicas, há hoje múltiplos sinais da crise do paradigma de ciência que vigorou nos últimos 3 séculos e da emergência de um novo paradigma que toma forma e substitui o anterior, sem que o anule completamente. Mas, passando-se este fenómeno no domínio do intelecto e faltando-nos a evidência física e a sequência mecânica da passagem de um paradigma ao outro, não é fácil reduzir este fenómeno a um modelo simples. Muito menos se podem preparar fórmulas e receitas par aplicação automática segundo as nossas conveniências.

Mesmo assim, este *paradigma emergente* parecer estar a clarificar-se e a impor-se mais depressa do que se esperava. E parece altamente provável o seu enquadramento nas necessidades crescentemente identificadas nos últimos 20 a 30 anos, ainda que algumas das suas nuances técnicas possam vir a ser determinadas por acontecimentos fortuitos.

Contributos decisivos para a emergência deste novo paradigma parecem ter sido a teoria (hoje considerada ciência) dos sistemas²⁹, a teoria da informação³² os conceitos de

caos e de entropia³³, a ecologia moderna³⁴ e o modelo bio-psico-social⁵.

É até possível que o *paradigma emergente* não seja mais que uma forma combinadamente sistémica e contingencial de abordar a realidade. Assim sendo, saberá compatibilizar e utilizar todos os contributos válidos gerados pelos paradigmas anteriores, considerando-os complementares e não mutuamente exclusivos.

A polémica que se agudizou nas décadas de 60 e 70 e que procurou contrapor à medicina analítica e reducionista novos modelos de prática médica de que são exemplos a *medicina psicossomática* e a *medicina integral* é comparável à acesa rivalidade existente entre as escolas médicas de Cnide e de Cós, na Grécia antiga. De facto, apesar da proximidade geográfica das duas escolas, elas assumiam dois modos diferentes de conceber a medicina³⁵.

Na escola de Cnide predominava o tipo de abordagem analítica. Procurava-se reconhecer e distinguir as doenças umas das outras pelos sintomas e sinais e relacioná-los com órgãos lesados.

Na escola de Cós — a escola de Hipócrates — predominava o tipo de abordagem globalizante em que o centro das atenções era o doente predominando o conceito de doença como afecção geral do organismo.

Tavares de Sousa no seu *Curso de História da Medicina* ao abordar este conflito entre as duas escolas comenta: *Estas duas tendências da Medicina — para o estudo do particular, do órgão doente, da doença como disfunção do órgão, da medicina como ciência; ou para o estudo do geral, do homem doente, da medicina como arte, baseada embora na observação e na experiência, simbolizadas nas duas velhas escolas, são afinal duas tendências permanentes da Medicina. O que é surpreendente é que elas se tenham exprimido de uma forma tão nítida, concretamente, em determinado momento histórico e num lugar geográfico perfeitamente localizado*³⁵.

No Reino Unido foi recentemente fundada a *British Holistic Medical Association*³⁶ e registam-se movimentos equivalentes noutros países industrializados. É como se a versão moderna equivalente à tendência da escola de Cós recuperasse o fôlego, após um período de supremacia da tendência correspondente à escola de Cnide! Mas, agora, disputando-lhe também a idoneidade científica (e não apenas o estatuto de Arte).

Porém, parecem estar criadas as condições para que ambas as perspectivas se complementem em vez de se oporem uma à outra. A teoria dos sistemas veio facilitar essa conciliação, abrindo novos horizontes às concepções da ciência e da medicina.

No essencial trata-se de reconhecer a tendência que existe na natureza para a formação de sistemas construídos por elementos relacionados e interactuantes entre si, organizados num todo que é, ele próprio, mais que a simples soma das suas partes. Cada *todo* pode, por sua vez, considerar-se como um elemento em interacção dinâmica com outros elementos de um sistema mais abrangente e assim por diante.

Numa abordagem sistémica é igualmente importante conhecer o *todo*, os seus elementos constituintes, as interacções dentro do sistema, as interacções deste com os sistemas exteriores e as suas características e funções enquanto elemento de sistemas que o incluem.

Quando se propõe a análise dos fenómenos de saúde-doença segundo o modelo bio-psico-social cada indivíduo passa a ser encarado não apenas como um conjunto de aparelhos e sistemas mas segundo o conceito de *pessoa total* — em que as interacções biológicas, psico-biológicas e psico-sociais são inseparáveis dos ambientes em que a pessoa vive e trabalha (Figura 1).

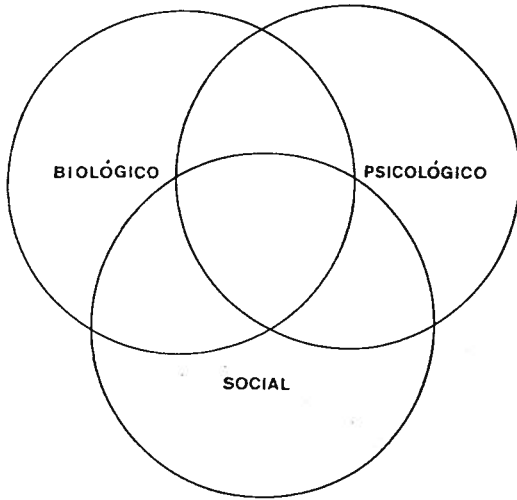


Figura 1: Modelo bio-psico-social.⁵

Os próprios modelos de causalidade têm vindo a ser enriquecidos pela ciência dos sistemas. O modelo de causalidade linear, bem exemplificado pelos postulados de Koch, permitiu compreender satisfatoriamente a etiopatogenia das doenças infecciosas. A investigação sobre as doenças crónicas conduziu à formulação do modelo multifactorial³⁷ e, hoje, já se fala no conceito de *teia etiológica*. Este último conceito corresponde a um modelo sistémico de causalidade no qual se contempla um conjunto complexo de factores mutuamente interactuantes. Tenta-se, deste modo, conseguir explicações satisfatórias para as doenças e problemas de saúde nos quais se reconhece uma influência importante dos contextos familiar e psico-social (Figura 2).

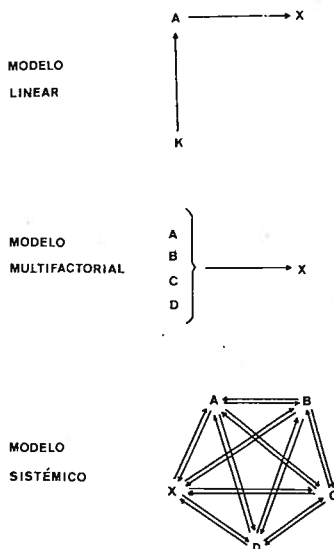


Figura 2: Modelos de causalidade. Adaptado de J. Christie-Seely.³⁸

Passando agora a analisar as relações entre as várias ciências médicas e de saúde quanto às respectivas áreas de estudo e de aplicação na hierarquia dos sistemas naturais — onde a *pessoa humana* ocupa uma posição central, vale a pena reflectir sobre uma ideia de Joël de Rosnay. Segundo este autor, após a invenção do microscópio (para estudar até ao infinitamente pequeno) e a invenção do telescópio (para ex-

plorar o infinitamente distante) é cada vez mais necessário inventar um *instrumento* que nos permita estudar a realidade extremamente complexa que se nos depara à escala da própria natureza humana. A esse *instrumento* sem existência física nem patente ainda registada deu o nome de *macroscópio*³⁹ — que pode, para já, corresponder a um conjunto de métodos e técnicas de estudo, algumas das quais foram criadas e desenvolvidas pelas ciências sociais e do comportamento.

Transferindo os conceitos atrás expostos para o âmbito das ciências médicas e da saúde, é possível proceder a uma sistematização segundo os respectivos objectos a métodos de estudo e considerando três tipos de perspectiva: microperspectiva, macroperspectiva e teleperspectiva.

Sem que se possam traçar limites nítidos, as várias perspectivas interpenetram-se frequentemente embora seja possível detectar, na maior parte dos casos qual a perspectiva dominante. Assim, as ciências assentes na perspectiva analítica e na tecnologia *microscópica* que forjaram as bases da medicina científica dos nossos dias, sobretudo a partir dos avanços registados do séc. XIX até ao presente, possibilitaram a multiplicação das especialidades e subespecialidades biomédicas e clínicas; paralelamente, desenvolveram-se algumas ciências assentes numa perspectiva sintética e em métodos e técnicas *telescópicas*. De facto, as ciências da saúde pública utilizam métodos epidemiológicos e técnicas estatísticas, cada vez mais aperfeiçoadas e potentes, e têm conseguido agregar informação e compreender os fenómenos de saúde-doença ao nível de grupos populacionais, de comunidades, de países e até de zonas do globo.

Ficou porém a descoberto o estudo dos fenómenos de saúde e de doença tal como estes se apresentam à escala da dimensão e da vivência humanas. Caindo frequentemente no domínio das ciências sociais e humanas estes fenómenos foram ainda pouco estudados pela investigação médica clínica. É este domínio da macroperspectiva que falta desenvolver na medicina para complementar as perspectivas já existentes. O *puzzle* resultante poderá permitir a construção de novas interpretações e conceitos e ampliar a eficácia e a eficiência de toda a medicina para benefício da saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades (Figura 3).

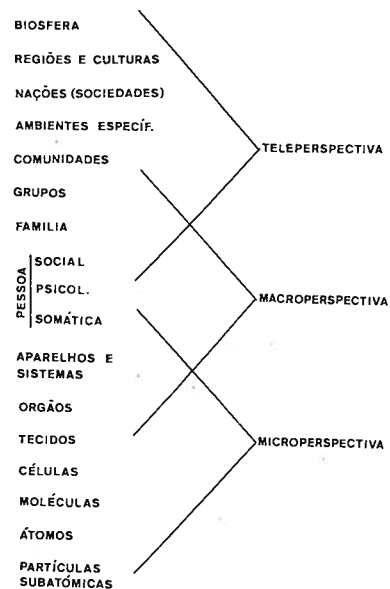


Figura 3: Áreas de estudo e aplicação dos vários ramos da medicina e das ciências da saúde na hierarquia dos sistemas naturais.

O desenvolvimento de disciplinas como é o caso da clínica geral/medicina de família facilitará a conciliação entre as disciplinas da área da saúde pública e as restantes disciplinas das escolas médicas porque proporcionará um elo lógico que faltava.

O RESSURGIMENTO DA CLÍNICA GERAL/MEDICINA DE FAMÍLIA

O ressurgimento, nas últimas duas décadas, da clínica geral/medicina de família nos países mais industrializados do mundo constitui um acontecimento rico de significado na evolução da medicina ocidental.

Nos últimos anos, vem tomando corpo um forte movimento internacional neste sentido. Desde as iniciativas de reabilitação académica e científica da clínica geral no Reino Unido, na década de 60, até à edição recente de livros de texto especificamente destinados ao ensino e à aprendizagem da clínica geral/medicina de família — 38, 40, 41, 42, 43, 44 —, passaram pouco mais de 20 anos.

Entretanto multiplicaram-se os departamentos universitários de clínica geral, medicina de família e medicina comunitária pelas universidades do Reino Unido, Holanda, E.U.A., Canadá, Israel, Austrália, entre outros 45, 46, 47, 48.

Estes acontecimentos podem também ser descritos no contexto da viragem que se está a dar nos valores e nos modelos do pensamento filosófico e científico, nos países desenvolvidos.

Em Portugal, este *ressurgimento* deu-se com algum atraso em relação àqueles países. Só no final dos anos 70 começou a tomar forma a ideia da recuperação da figura do generalista, clínico geral ou médico de família. O histórico relatório sobre as Carreiras Médicas de 1961 49 não teve em conta esta tendência e necessidade, apesar de algumas vozes, como a de Marques da Gama, terem chamado a atenção, há mais de 25 anos, para o movimento internacional que já existia naquele sentido 50, 51, 52, 53, 54, 55.

Após tentativas legislativas em 1977 e em 1979 foi finalmente institucionalizada em 1982 uma carreira médica de clínica geral (Dec. Lei 310/82).

Recentemente, as Universidades portuguesas têm vindo a interessar-se por este ramo da medicina 56, 57, 58. De facto, o desenvolvimento tecnológico biomédico e a multiplicação das especialidades veio criar a necessidade do desenvolvimento de uma medicina integradora, que procure conciliar as perspectivas individual, familiar e comunitária numa visão global e coerente dos problemas de saúde.

Vários autores definiram já a clínica geral/medicina de família como uma disciplina académica essencialmente integradora e que se interpenetra e interliga com um vasto leque de disciplinas — chegaram a avançar-se termos como *metaespecialidade*, *transdisciplinar*, *disciplina horizontal* 59, 60, 61, 62.

O carácter marcadamente transdisciplinar que a clínica geral tem, torna difícil identificar características essenciais que lhe sejam únicas. É o seu *todo* que lhe confere uma identidade e uma especificidade próprias.

Algumas das características que, no seu conjunto, a distinguem de outras disciplinas clínicas como por exemplo da medicina interna são:

- Importante componente preventiva e de educação para a saúde;
- Utilização frequente dos princípios e dos métodos da abordagem familiar (medicina familiar) dos problemas de saúde;
- Necessidade que o médico tem de conhecer e estar inserido na comunidade para a qual trabalha — se quiser exercer a clínica geral com um mínimo de qualidade;
- Ausência de selecção das idades ou fases da vida das

pessoas a quem se prestam cuidados;

- Ausência de selecção do tipo de problemas de saúde que o médico aceita que lhe sejam colocados — ainda que, em muitos casos a sua resolução implique o recurso a outros médicos ou recursos técnicos e institucionais;
- Importância decisiva de uma continuidade de cuidados — por vezes envolvendo até 2 e 3 gerações de uma família;
- Alcance amplo da função de coordenação da prestação de cuidados de saúde — após consultas de especialidade, tratamentos especializados, intervenções cirúrgicas, internamentos, etc., os doentes tendem, em geral, a contactar o seu médico de família que fica em condições de poder centralizar muita informação referente a esses doentes.

Medalie propôs, como representação tridimensional do processo da integração de cuidados em clínica geral/medicina de família, o cubo que se reproduz na Figura 4. 62.

A consequência prática mais marcante do ressurgimento deste *velho* — *novo* ramo da medicina é a recuperação de uma medicina intimamente ligada ao quotidiano dos indivíduos e das famílias e que passou a integrar a cura e a prevenção como tarefas de igual importância 63. Na Figura 5

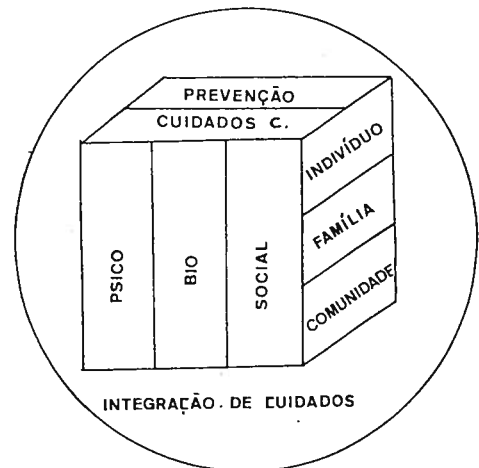


Figura 4: Cubo de Medalie. 62

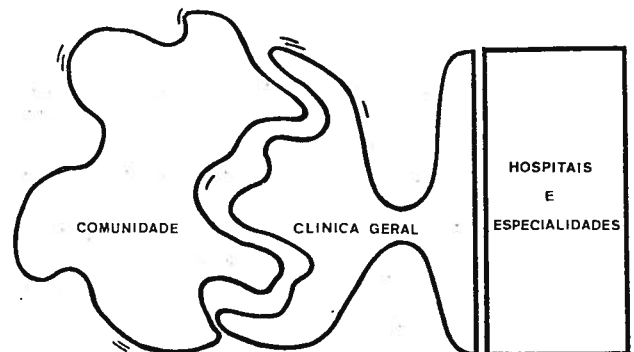


Figura 5: Enquadramento da clínica geral/medicina de família. Adaptado de D. Metcalfe. 64

procura representar-se um modelo conceptual do enquadramento da clínica geral face à comunidade e aos cuidados especializados e hospitalares.

O CONCEITO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E AS METAS DE SAÚDE PARA A EUROPA ATÉ AO ANO 2000.

Os progressos do conhecimento científico e da tecnologia multiplicaram-se espectacularmente após a II Guerra Mundial. O mesmo não aconteceu com a utilização desses progressos para a resolução dos problemas de saúde das populações do globo.

Em muitos países, os graves problemas sócio-económicos, a debilidade dos sistemas e dos serviços de saúde e a dificuldade de acesso à assistência médica, contribuíram para a manutenção ou agravamento de muitos dos problemas de saúde existentes. Em contraste com esta situação assistiu-se, nos países mais industrializados, à proliferação de tecnologias e equipamentos médico-hospitalares dispendiosos em detrimento, muitas vezes, do investimento em aspectos essenciais para a promoção da saúde dos cidadãos e das comunidades desses países¹³.

Em 1978, o Director Geral da OMS, Dr. H. Mahler, afirmava numa palestra proferida na Faculdade de Medicina de Lisboa:

A panorâmica geral é a de uma indústria incrivelmente onerosa, orientada não para a promoção da saúde, mas para a aplicação ilimitada de tecnologia terapêutica a uma ínfima proporção de potenciais beneficiários, e que, mesmo nesse âmbito, não obtém grande êxito. Além disso, devido ao limiar atingido pela tecnologia, o tratamento de uma doença pode originar outra doença, quer por efeitos secundários quer por iatrogenese. Diz-se que 20% das hospitalizações são devidas a esse facto em certos países desenvolvidos.

Os sistemas de saúde de todo o mundo começam a ser confrontados no final da década de 70, com uma questão fundamental: — Estarão os seus serviços de saúde a resolver os problemas de saúde e a corresponder às necessidades reais das populações?

Esta preocupação esteve na base da formulação do conceito dos Cuidados de Saúde Primários enquanto cuidados de saúde primordiais e essenciais. Os marcos históricos de referência da internacionalização deste conceito foram:

- a) XXX Assembleia Mundial de Saúde (1977) — onde foi lançada a frase emblemática *Saúde para Todos no ano 2000*⁶⁵;
- b) A Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários organizada conjuntamente pela OMS e pela UNICEF em 1978, em Alma-Ata^{66, 67}.

Na Conferência de Alma-Ata todos os países membros da OMS subscreveram e comprometeram-se a acatar um conjunto de recomendações que se podem aplicar a qualquer país independentemente do respectivo grau de industrialização e de desenvolvimento.

A Declaração da Conferência de Alma-Ata⁶⁷ contém a seguinte definição:

Os cuidados de saúde primários consistem na prestação de cuidados de saúde essenciais, baseados em métodos e técnicas práticas, apropriadas sob o ponto de vista científico e aceitáveis socialmente, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias das comunidades, com a sua inteira participação, e que possa ser financeiramente mantida pelo país e

pela comunidade, em todas as fases de seu desenvolvimento, num espírito de auto-responsabilidade e de auto-determinação. Os cuidados de saúde primários, ao mesmo tempo que desempenham a função principal e são a base do sistema de saúde, constituem parte integrante do sistema de desenvolvimento económico e social da comunidade. Proporcionam o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, permitindo a aproximação da assistência de saúde o mais possível dos locais onde a população vive e trabalha e constituem o primeiro elemento de um processo contínuo de assistência de saúde.

Não tem faltado polémica sobre esta questão dos cuidados de saúde primários. Uns, interpretam a expressão *primários* na acepção de primitivos e rudimentares e que, portanto, tais cuidados só teriam aceitação nos países pobres do *terceiro mundo*; outros, consideram os cuidados de saúde primários como um conceito lato que implica uma estratégia e uma filosofia de saúde com aplicação universal, qualquer que seja o país ou o sistema de saúde em causa^{68, 69, 70}.

Ultimamente tem-se assistido à progressiva compreensão das vantagens da implementação da estratégia dos cuidados de saúde primários. Em 1983 realizou-se em Bordéus uma Conferência sobre Cuidados de Saúde Primários nos Países Industrializados e os membros europeus da OMS estabeleceram um conjunto de 38 metas para serem atingidas pela Europa até ao ano 2000⁷¹.

Os cuidados de saúde primários são já frequentemente interpretados como uma filosofia de equidade e de justiça social, que pressupõe um conceito amplo, ecológico e participativo de saúde.

IMPLICAÇÕES PARA O PLANEAMENTO DA EDUCAÇÃO MÉDICA

No documento de debate para preparação da próxima Conferência Mundial de Educação Médica, a realizar em Agosto de 1988, são apresentadas perguntas para as quais deverão ser encontradas respostas, a nível nacional, pelas escolas médicas de cada país⁷². Tais perguntas abrangem as questões fundamentais da preparação do futuro da educação médica mas podem suscitar uma grande diversidade de respostas.

Para planear a educação médica de um país para as próximas décadas é necessário prever as tendências evolutivas das necessidades de saúde e a correspondente evolução adaptativa da prática médica^{73, 74}. As modificações demográficas, a alteração dos padrões de morbidade e de mortalidade, o aumento da importância etiológica de factores do ambiente biofísico e do ambiente social, a evolução dos valores, da estrutura e do modo de funcionamento dos sistemas de saúde, a modificação das expectativas da população em relação à própria medicina, a deslocação da *interface* entre o sistema de saúde e a população para níveis mais locais ou comunitários, a revalorização e as novas dimensões dos aspectos éticos e de responsabilidade profissional, o aumento da responsabilização dos indivíduos, das famílias e das comunidades pela sua própria saúde, os movimentos para a promoção da saúde, o conceito e a prática do *self-care*, a importância dos grupos de auto-ajuda e muitos outros aspectos e tendências têm de estar permanentemente presentes no processo de planeamento da educação médica.

O planeamento pedagógico não pode resumir-se à construção de listas de matérias e ao estabelecimento de um cronograma de disciplinas. É indispensável que se tenha em conta um conjunto de passos que garantam a coerência e a pertinência do próprio processo de ensino/aprendizagem:

- a) Identificação do perfil profissional a atingir;

- b) Identificação de necessidades educacionais;
- c) Estabelecimento de objectivos educacionais;
- d) Selecção dos conteúdos curriculares;
- e) Identificação de métodos, recursos, contextos e oportunidades de aprendizagem;
- f) Definição dos componentes, módulos ou disciplinas e organização do tempo — (sequência e cronograma curriculares);
- g) Identificação dos melhores métodos de avaliação — quer da aprendizagem quer do ensino.

Há muitas vezes uma tendência para *queimar* ou passar ao de leve pelas 5 primeiras etapas atrás enumeradas e começar logo pela questão das disciplinas e do respectivo cronograma. Também as questões relativas à avaliação, que condicionam grandemente todo o processo de aprendizagem⁷⁵, nem sempre são convenientemente estudadas.

Mas, voltando ao título deste artigo, que modificações se vislumbram na medicina das próximas décadas que devam ser consideradas no planeamento da educação médica?

a) Perfil profissional previsível para o licenciado que complete a formação médica básica

O desenvolvimento da medicina e dos seus vários ramos, incluindo o da clínica geral, levaram a que a formação médica básica (licenciatura + internato geral ou equivalente) não permita a prática imediata e autónoma da medicina. De facto, o futuro médico de clínica geral deverá passar obrigatoriamente por um período de formação pós-graduada específica, correspondente aos internatos de especialidade. Nos países da CEE esse período não poderá ser inferior a 2 anos e atinge, nalguns casos os 5 anos^{6, 76}.

A formação médica básica visará, portanto, a formação de um médico pluripotencial capaz de efectuar uma escolha esclarecida de um dos vários ramos da medicina. Adquirirá, depois, a necessária formação pós-graduada específica para uma prática profissional qualificada.

b) Identificação de necessidades educacionais

A velocidade com que, actualmente e cada vez mais, o conhecimento médico evolui e se desactualiza é um factor muito importante a ser considerado na identificação das necessidades educacionais do futuro médico.

A par da informação considerada indispensável para construir os alicerces de uma formação médica inicial, é necessário que sejam proporcionadas oportunidades para aquisição de atitudes, hábitos, métodos e instrumentos que permitam ao futuro médico ser capaz de orientar a sua própria aprendizagem ao longo de toda a vida profissional. São também importantes as capacidades para saber trabalhar em equipa, compreender e saber integrar-se num sistema de saúde, saber questionar-se e saber conduzir ou colaborar em estudos ou projectos de investigação.

A incorporação de novas tecnologias — em especial da tecnologia de informação — revolucionará toda a lógica do *ensino* incluindo a questão das *matérias* que é preciso saber e permitirá desenvolver novos métodos de aprendizagem como é o caso da aprendizagem assistida por computador.

c) Objectivos educacionais

Os objectivos educacionais deverão ser formulados em termos da aquisição de capacidades para o desempenho profissional e não apenas em termos cognitivos. As novas abordagens dos fenómenos de saúde-doença e a evolução das expectativas e do grau de exigência da sociedade para com a medicina e a classe médica, não são conciliáveis com a simples *matéria decorada*.

d) Selecção dos conteúdos curriculares

Decorrerá dos aspectos considerados nas alíneas b) e c) tendo principalmente em conta os problemas e necessidades de saúde a resolver e menos a ciência pela ciência.

e) Identificação de métodos, recursos, contextos e oportunidades de aprendizagem

Os hospitais passarão a partilhar com os centros de saúde ou outros serviços de saúde da comunidade a formação prática dos futuros médicos.

Em alguns países existem já centros de saúde ou clínicas de ambulatório integrados em universidade^{48, 77} e as próprias comunidades são consideradas como recurso pedagógico.

O contacto, logo nos primeiros anos, com as vivências da prática profissional —, passará a ser um factor de motivação e de orientação criteriosa da próprio processo de aprendizagem das várias matérias⁷⁹.

As experiências de aprendizagem em comum com outros futuros profissionais de saúde (enfermagem, assistentes sociais ou outros) virá a favorecer, futuramente, o funcionamento de equipa de saúde.

f) Definição das componentes, módulos ou disciplinas e estabelecimentos da sua sequência e cronograma

Esta etapa decorre, logicamente, das alíneas anteriores e dos recursos a envolver.

g) Avaliação

A avaliação visa a determinação do grau de êxito do processo de ensino/aprendizagem. Deverá ter fundamentalmente em conta se os objectivos previamente estabelecidos foram atingidos, deverá procurar quantificar o grau de cumprimento desses objectivos mas não deve funcionar como um mero instrumento para atribuir *notas*. A avaliação tenderá, cada vez mais, a assumir várias formas e a explorar todas as vertentes do processo. A avaliação do ensino é tão indispensável quanto o é a avaliação da aprendizagem e, nesta, a auto-avaliação é uma das componentes a ser estimulada e treinada.

COMENTÁRIOS FINAIS

- Parece possível preparar a mudança para um novo paradigma da medicina científica sem arrasar os fundamentos em que assentam as importantes aquisições possibilitadas pelo paradigma anterior.

- A evolução dos princípios, dos valores e da estrutura sócio-económica das sociedades influencia a evolução da própria filosofia da ciência à qual a medicina está intimamente ligada.

- Parece possível prever e planear o processo da educação médica de forma a acompanhar as transformações sociais, científicas e tecnológicas que moldam continuamente os padrões do exercício da medicina. Caso contrário, o ensino médico correrá o risco de se tornar obsoleto, sem pertinência.

- Parece possível contrariar a tendência para a *nossa passividade de importadores científicos*³ desenvolvendo, desde os primeiros tempos da formação do futuro médico, a curiosidade e o gosto pela investigação — seja biomédica, seja clínica, seja epidemiológica, seja operacional —, proporcionando-lhe formação no domínio dos respectivos princípios métodos e aplicações.

- O movimento da promoção da saúde⁸⁰, o conceito de medicina prospectiva⁸¹, a incorporação massiva de tecnologia de informação na prática médica e nos serviços de saúde, a ênfase na comunidade, o trabalho em equipa, a multi — e a interdisciplinaridade, a participação crescente dos indivíduos, das famílias e da sociedade como um todo nas estratégias de

saúde são alguns dos múltiplos aspectos que terão de ser considerados no planeamento da educação médica para as próximas décadas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 MOURA M. C. — Novos conceitos e mudanças na educação médica. Um comentário na perspectiva da estrutura das revoluções científicas de Kuhn. *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, 1987; tomo CLI (4): 185-186.
- 2 MARTINS A. G. — A plétora médica. *O Médico* 1984; (1676): 5-6.
- 3 SILVA J. R. — Os caminhos da profissão médica portuguesa no final do século XX. *Jornal das Ciências Médicas*, 1987; tomo CLI (1): 3-5.
- 4 MONOD J. — O acaso e a necessidade. Tradução portuguesa do original "Le hasard et la nécessité". Paris, Editions du Seuil 1970. Publicações Europa-América, Biblioteca Universitária n.º 26.
- 5 ENGEL G. L. — The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 1977; 196 (4286): 129-136.
- 6 FERNANDES H. J. B. - Psiquiatria social. Modelo antropológico médico da doença/saúde mental. *Acta Med. Port.*, 1979; 2: 251-65.
- 7 FERNANDES B. - Visão antropológica da saúde. Uma perspectiva humana e socio-cultural. In: Livro de homenagem ao Prof. Arnaldo Sampaio. Lisboa, Edição conjunta da ENSP, INSA e DGS, 1980.
- 8 FLEXNER citado por McWHINNEY in: McWHINNEY I. R. — An introduction to family medicine. New York — Oxford, Oxford University Press, 1981.
- 9 MARGOTTA R. — The history of medicine. New York, Golden Press, 1968. Citado em: Geyman J. P. - Family Practice: foundation of changing health care. New York, Appleton-Century/Crofts, 1980.
- 10 ILLICH I. — Medical Nemesis. Open forum Series "Ideas in progress". London, Calder and Boyers, 1973.
- 11 ILLICH I. — Medical Nemesis: the expropriation of health. New York, Rondon House, 1976.
- 12 KNOWLES J. H. (Ed. - Doing better and feeling worse. New York, WW Norton, 1977.
- 13 MAHLER H. — Health — a demystification of medical technology. *Lancet*, 1975; 829.
- 14 DUBOS R. — A dónde va la medicina? *Forum Mundial de la Salud*, 1981; 2 (2): 299-304.
- 15 BURNHAM J. C. — American medicine's golden age: what happened to it? *Science* 1982; 215: 1474-79.
- 16 ROSEN G., KLEINMAN A., KATON W. — Somatization in family practice; a biopsychosocial approach. *J. Fam. Pract.*, 1982; 14: 493-97.
- 17 ROGERS D. E. — Community-oriented primary care. *JAMA*, 1982; 248 (13): 1622-25.
- 18 MULLEN F. — Community-oriented primary care. *N. Engl. J. Med.*, 1982; 307: 1076-78.
- 19 STEPHEN W. J. — Primary medical care and the future of the medical profession. *World Health Forum*, 1981; 2 (3): 315-331.
- 20 SAKELLARIDES C. — Centros de saúde integrados: nova espécie de estereótipos ou instrumentos de desenvolvimento? *Rev. Port. Clín. Geral*, 1984; 1 (1): 12-15.
- 21 FREEMAN H., KIECOLT K., ALLEN H. M. — Community health centers: an initiative of enduring utility. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1982; 60 (2): 244.
- 22 SMITH A. — Health centers. *Br. Med. J.*, 1984; 288: 1969-1970.
- 23 BEAUCHAMP T. L., McCULLOUGH L. B. — Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos. Edição espanhola, Barcelona, Editorial Labor, 1987.
- 24 Conferência Internacional das Ordens dos Médicos e Organismos com Atribuições Similares. Princípios Europeus de Ética Médica. Paris, Janeiro, 1987.
- 25 SERRÃO D. — A filosofia do médico e a burocratização da medicina. É a medicina uma actividade humana burocratizável? *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, 1987. Tomo CLI (3): 161-163.
- 26 McWHINNEY I. R. — Changing models: the impact of Kuhn's theory on medicine. *Family Practice*, 1984; 1 (1): 3-8.
- 27 KUHN T. S. — The structure of scientific revolutions, 2nd ed. Chicago, University Chicago Press, 1970.
- 28 DANZI A., PRIGOGINE I. — Are we getting the science we need? *The Unesco Courier*, 1982; Feb.; 4-9.
- 29 VON BERTALLANFY L. — General systems theory. New York, Brasiler, 1968.
- 30 BAUGHAN D. M. — Contemporary scientific principles and family medicine. *Family Medicine*, 1987; 19 (1): 41-45.
- 31 DUBOS R. — Man adapting. New Haven, Connecticut, Yale University Press, 1975.
- 32 BRILLOUIN L. — La science et la théorie de l'information. Trad. fr. Paris, Masson, 1959.
- 33 PRIGOGINE I. — La termodinamique de la vie. *La Recherche*, 1972; 3 (24): 547-562.
- 34 CASTRI F. — La ecologia moderna: génesis de una ciencia del hombre y de la naturaleza. *El Correo de la Unesco*, 1981; 6-11.
- 35 SOUSA A. T. — Curso de história da medicina. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1981.
- 36 KELLEY R. — Holism: treating the whole person. In: The Royal College of General Practitioners member's reference book, London, RCGP, 1987.
- 37 LILIENTHAL A. M. — Epidemiology: foundations and applications. New York, Oxford University Press, 1976.
- 38 CHRISTIE-SEELY J. — Working with the family in primary care. A systems approach to health and illness. New York, Praeger Publishers, 1984.
- 39 ROSNAY J. — O macroscópio: para uma visão global. Lisboa, Trad. port., Editora Arcádia, 1977.
- 40 MORREL D. C. — An introduction to primary medical care. 1st ed, Edimburgh, Churchill Livingstone, 1976.
- 41 Mc WHINNEY I. R. — An Introduction o family medicine. Oxford University Press, 1981.
- 42 TAYLOR R. B. — Family medicine: principles and practice. 2nd ed., New York, Springer-Verlag, 1983.
- 43 RAKEL R. E. — Textbook of family practice. 3rd ed., Saunders, 1984.
- 44 FRY J. — Common diseases their nature, incidence and care. London, MTP Press, 1979.
- 45 PELLEGRINO E. D. — The academic viability of family medicine: a triad of challenges. *JAMA*, 1978; 240: 133.
- 46 THE NEW LEEUWENHORST GROUP — A commentary on the present state of learning and teaching general practice in Europe. Beerse — Belgium, 1985.
- 47 HOWIE J. G. R., HANNAY D R, STEVENSON J.S.K. — The Mackenzie report. General practice in the medical schools of the United Kingdom. Edimburgh, 1986.
- 48 COLWILL J. M. — Academic departments of family medicine: a retrospective view. *Family Medicine*, 1986; 384-88.
- 49 ORDEM DOS MÉDICOS — Relatório das Carreiras Médicas. Lisboa, 1961.
- 50 GAMA M. M. — A medicina e o social. *O Médico*, 1952; ano III (38): 105-107.
- 51 GAMA M. M. — O renascimento do clínico geral e o problema da sua actualização. *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, 1964; tomo CXXVIII (3): 139-155.
- 52 BRITISH MEDICAL ASSOCIATION — General practice and training of the general practitioner. London, BMA, 1950.
- 53 DIMOND E. G. — Family physician, general practitioner and internist. *JAMA*, 1959; 171: 1443-46.
- 54 EDITORIAL — Family physician of the future. *N. Engl. J. Med.*, 1961; 265-500.
- 55 ASSOCIATION INTERNATIONALE DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS — Définitions de l'omnipraticien. *Révue du Praticien*, 1962; XXI: 8.
- 56 CHAVES F. J. Z. C. — É a clínica geral necessária? *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, 1986; CL (4): 169-70.
- 57 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO — Portaria N.º 872/84, Criação do Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, *Diário da República*, I série n.º 273 de 24/11/1984: 1566-68.
- 58 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO — Portaria N.º 952/87, Nova estrutura curricular para o curso de licenciatura em Medicina ministrado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, *Diário da República*, I série n.º 292 de 21/12/1987: 2358-59.
- 59 MORREL D. C. — The characteristics of general practice. In: Morrel D. C., An introduction to primary medical care. 2nd ed., Edimburgh, Churchill Livingstone, 1981.
- 60 WOOD M., MAYO F., MARSLAND D. W. — A systems approach to patient care, curriculum and research in family practice. *J. Med. Educ.*, 1975; 50: 1106.

- 61 HORDER J. — Academic general practice. *Br. Med. J.*, 1984; 1117-18.
- 62 MELADIE J. H. — Dimensions of family medicine and practice. In: Medalie J. H. (ed). *The three faces of comprehensive care*. Baltimore, Williams and Wilking, 1978.
- 63 BRANCO J. H., HENRIQUES L., RAMOS V. — O que é a clínica geral? *Rev. Port. Clín. Geral*, 1984; 1 (3): 7-11.
- 64 METCALFE D. — Undergraduate teaching in general practice. In: Fry J. (ed). *Primary care*. London, William Heinemann Medical Books LTD, 1980.
- 65 OMS — Resolução 30/43 da 30.^a Assembleia Mundial de Saúde. Genebra, 1977.
- 66 OMS, UNICEF — Les soins de santé primaires. Rapport conjoint du Directeur Général de l'OMS et du Directeur Exécutif du Fond des Nations Unies pour l'Enfance. Geneve, Organization Mondiale de la Santé, 1987.
- 67 OMS — Declaração e Recomendações da Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários. Trad. Port. Direcção-Geral de Saúde, Lisboa, 1978.
- 68 VUORI H. — Atencion primária de salud en Europa: problemas y soluciones. *Atencion primária*, 1987; 4 (1): 11-21.
- 69 SAKELLARIDES C. — Cuidados de Saúde Primários: entre a cultura e a técnica — entre a realidade e a utopia. *Boletim Educação Sanitária*, 1983; IV (1): 5-11.
- 70 VUORI H. — Health for all, primary health care and general practitioners. *J. R. Coll. Gen. Pract.* 1986; 36: 398-402.
- 71 OMS — Bureau Regional da Europa. As metas da saúde para todos. Copenhaga, 1985. Edição em português do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Lisboa, 1986.
- 72 WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION — Six major themes. *World Conference on Medical Education*, 1988. *Medical Education*, 1986; 20: 378-389.
- 73 PEREIRA A. T. — O novo desafio da saúde para o ano 2000 e a educação médica. *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, 1981; CXVLV (1): 7-18.
- 74 COELHO A. M. — A pertinência dos actuais programas de ensino em relação às necessidades dos serviços de saúde na década de oitenta. *Rev. Port. Saúde Pública*, 1983; 1 (1): 5-10.
- 75 GUILBERT J. J. — Guide pédagogique pour les personnels de santé. Geneve, Organization Mondiale de la Santé, 1981.
- 76 CONSELHO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS — Directiva 86/457/CEE. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias* n.º L267 de 19/9/86: 26-30.
- 77 GRAY D. J. P. — Training for general practice. Plymouth, McDonald & Evans, 1982.
- 78 THE NEW LEEUWENHORST GROUP — Changing aims of basic medical education. Beerse-Belgium, 1986.
- 79 PEREIRA A. T. — Existe uma perspectiva europeia no ciclo básico e pré-clínico do ensino médico? *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, 1986; tomo CL (9-10): 439.
- 80 WHO. — Health promotion. A discussion document on the concept and principles. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1984.
- 81 HALL J. H., SHEEDY H. S. — Prospective medicine: past present and future. *Family & Community Health*, 1980; 3 (1): 15-24.

Pedido de Separatas:
Vitor Ramos
Centro de Saúde do Lumiar
1600 LISBOA