

# REVISÃO DO CURRÍCULO ESCOLAR NO CICLO CLÍNICO

J. PINTO CORREIA

Serviço de Medicina II. Hospital de Santa Maria. Lisboa.

O fenómeno educação pressupõe mudança do comportamento do que é educado e também do educador. Se for bem conduzido, deve tornar-se permanente ao longo da vida, adaptar-se às circunstâncias ambientes e saber seleccionar os pontos mais importantes. Deste modo, deve ser progressivo e sem saltos bruscos, difíceis de incorporar na personalidade.

Para ser autêntica, a educação não pode ser apenas um fenómeno intelectual, mas envolver todo o ser, partindo de, ou desencadeando no seu curso uma forte motivação emocional. As condições da sua realização devem portanto considerar e procurar desencadear este factor emocional. Por outro lado, qualquer alteração válida do comportamento só se obtém através da vivência das situações para as quais se está a educar, pelo que a simples informação ou o enunciado das situações é nitidamente insuficiente.

Finalmente, como qualquer outro processo humano, o fenómeno educacional exige avaliação, tanto quanto possível permanente, do processo em si e dos resultados.

No caso concreto da *educação médica*, a modificação do estudante deve, por um lado, conduzir aos objectivos previamente definidos do curso de medicina e, por outro lado, dar ao educando capacidade de posterior diferenciação e de educação contínua ou permanente, no sector que lhe interessar.

O que se passa actualmente? Em geral, vivemos de estruturas herdadas de épocas passadas, rígidas e dificilmente alteráveis. Essas próprias estruturas tornam inevitáveis a manutenção de curricula e métodos tradicionais, com pouca inquirição sobre quais os objectivos autênticos do curso, os resultados e a sua capacidade de resposta às necessidades do país. Por isso nos refugiamos numa actividade fácil de medir, a transmissão e aquisição de conhecimentos. O que deveria ser formar *personalidades* limita-se a ser transmitir conhecimentos. A maioria da formação, quer tecnológica quer, sobretudo, de atitudes profissionais é relegada para aprendizagem tutelada, mas muitas vezes autodidata, o período pós-graduado.

Em condições ideais, deveríamos começar por fazer a análise da vida e *necessidades profissionais*, neste país e nos próximos 20-30 anos. A partir daí se poderiam definir as *tarefas prioritárias* e conseqüentemente os *objectivos da educação* pré e pós-graduada actuais, que se vão projectar exactamente nos próximos 20 a 30 anos, pelo menos. Só após a definição clara de objectivos será possível definir metodologia e conteúdo do curriculum, sobretudo clínico. Em face destes últimos pontos se deveriam conceber ou adoptar as estruturas necessárias à sua realização

Os *objectivos* de curso têm sido enunciados nos tempos contemporâneos e, para as sociedades europeias, de um modo genérico, como essencialmente os que conduzem o

divíduo com cultura científica básica a uma posição de, simultaneamente:

- ser capaz de abordar e compreender o cidadão doente e os problemas de saúde das comunidades;
- estar em condições de facilmente se diferenciar para a realização de actividades especializadas.

Noutros termos, os objectivos da educação médica no ciclo clínico têm sido definidos como a educação de gestos e atitudes e a aquisição de conhecimentos que permitam modificar o comportamento e criar uma personalidade capaz de realizar eficazmente as tarefas atrás enunciadas.

*Educar gestos* pressupõe aprender o gesto mais elementar e importante que é a abordagem do doente ou do cidadão saudável, no que respeita a problemas de saúde; adquirir perícia em técnicas elementares e básicas de observação do corpo humano e de observação e compreensão do espírito humano, através dos doentes e dos seus familiares; adquirir os gestos simples e eficazes que permitem contacto agradável e útil com outros profissionais, e comunicação fácil, quer oral quer escrita.

*Educar atitudes* pressupõe ficar em condições de facilmente, sem esforço, estabelecer o mencionado contacto indispensável, básico, com doentes, familiares, colegas, auxiliares, etc. Pressupõe também ser capaz de autocritica permanente e de critica dos dados que lhe são fornecidos; capacidade de actualização permanente e, sobretudo, capacidade de decisão justa e atempada, quer no diagnóstico quer nas medidas profiláticas ou terapêuticas necessárias. São ainda as atitudes correctas que conduzem à maior ou menor participação nos programas de saúde pública, na vida das instituições de trabalho e na própria vida social.

*Adquirir conhecimentos* pressupõe inserir-se na cultura contemporânea, conhecer a metodologia científica e ter formação médica e tecnológica necessárias para as tarefas definidas nos objectivos. Daqui se seguem a curiosidade para a actualização permanente, a capacidade crítica, a capacidade de análise, interpretação e avaliação dos conjuntos de dados, e a capacidade de síntese dos principais problemas. Finalmente, sem cultura é evidente que não haverá capacidade de comunicação, por melhores atitudes que se tenham desenvolvido a este respeito.

Se aplicarmos estes dados ao ciclo clínico, veremos que o curriculum deste ciclo deve fornecer, recapitulando:

- elementos cognitivos gerais, básicos, essenciais e indispensáveis, a maior parte dos quais devem ter, em termos de avaliação, o valor de tudo ou nada;
- metodologia científica adequada;
- capacidade de estabelecer fácil e agradável contacto humano;
- técnica para fácil, rápida e exacta colheita de dados;
- treino em *trabalhar* estes dados, de modo a equacionar os problemas autênticos das pessoas, e em apren-

\* Apresentado no III Congresso Nacional de Educação Médica, Coimbra, Janeiro 1985.

der a propor soluções eficazes e possíveis para os mesmos;

- técnica em comunicação fácil, através da elaboração de processos claros e completos, de pareceres ou relatórios objectivos e lógicos;
- atitude quer de crítica permanente (auto- e hetero-) quer de auto-educação contínua.

Sempre que isto acontecer, o curriculum clínico pré-graduado cumpre a missão que lhe é pedida, independentemente dos métodos, conteúdos ou estruturas utilizadas.

É evidente que nos séculos passados, até meados do século XIX, o ensino artesanal, tutorial, cumpria a sua missão, que era essencialmente a imitação completa do mestre, nos seus gestos, atitudes e conhecimentos. Tentava-se mesmo a identificação com a sua personalidade. Estava-se então numa era pré-científica e pré-tecnológica, com conhecimentos estáveis durante gerações, sem estruturas de Serviços de Saúde, sem direitos reais ao diagnóstico e tratamento das doenças. Não havia assim que falar em gestão de recursos necessários. A Medicina limitava-se à dimensão individual, salvo as ocasiões de epidemias ou os já antigos problemas de saúde pública, como os problemas de saneamento básico, em geral separados da chamada *arte médica*.

Na época actual, a primeira coisa a fazer é o diagnóstico actualizado das mudanças permanentes. Esse diagnóstico é condicionado neste domínio, em 1985 e em Portugal, por 5 factores, uns gerais, outros particulares:

- vastidão e crescimento constante dos conhecimentos, resultado da introdução do método científico na medicina, desde há aproximadamente um século, e com um ritmo de crescimento muito acelerado, sobretudo desde a 2.<sup>a</sup> guerra mundial;
- a complexidade técnica também progressiva, fruto do método e da investigação científica. Tal complexidade impõe especialização cada vez maior e investimentos de grandeza difícil de prever. Os profissionais devem dominar todas as técnicas necessárias ao completo exercício da profissão no seu sector, o que os obriga a especialização e actualização permanente nas novas tecnologias e nos resultados que elas fornecem;
- a limitação necessária dos recursos financeiros consagrados à Saúde, ao mesmo tempo que se desenvolveu nas populações, de modo irreversível, a noção de que a Medicina tem capacidade para resolver a maioria das situações, isto é, pela primeira vez se pensa a sério no direito à Saúde como possibilidade concreta;
- o reduzido número de alunos que, finalmente, se inscrevem nas nossas Escolas, tornando possível formas de educação impensáveis em ensino de massa, e obrigando a rever toda a metodologia até agora utilizada;
- finalmente, a também inevitável (embora adiada) admissão à CEE, que vai colocar os profissionais portugueses, nas próximas décadas, em competição mais directa com os dos restantes países da Europa, com tradições, tecnologia e recursos mais avançados que os nossos.

Estas mudanças impõem uma redefinição dos objectivos dos nossos Cursos, donde necessariamente se seguirá a revisão do Curriculum, em duas dimensões: métodos e conteúdos. Esta revisão obriga a melhor aproveitamento e gestão de todos os recursos disponíveis e poderá vir a impor alteração das estruturas.

A primeira conclusão importante é, assim, a necessidade de um espírito muito aberto às directrizes de mudança, uma inteligência sólida na análise da mesma, prudência nas tran-

sições mas muita capacidade de decisão para alterar onde for preciso fazê-lo, sabendo à partida que isso pressupõe mudança de hábitos e novas formas de actuação. Deve ser característica básica do espírito universitário o estar atento às mudanças da Sociedade, fazer a sua análise, antecipar-se às grandes alterações, de modo a preparar as novas gerações para as futuras condições de vida. Tal atitude impõe, é certo, uma mudança radical de algum espírito universitário profundamente conservador.

Analise, finalmente, as alterações importantes no ciclo clínico, consequência lógica do que atrás fica dito, e que são mais ou menos inevitáveis no que respeita a metodologia, conteúdos e estruturas.

*Metodologia* — a metodologia a adoptar deve ser aquela que melhor promova a modificação do comportamento no sentido desejado. Parece a todos os que se têm preocupado com o assunto, e é já resultado de experiência na maioria (senão em todas) das Sociedades tecnologicamente avançadas, que o melhor método é o da integração precoce na vida profissional, através de uma actividade rigorosamente supervisionada e contínua, isto é, por períodos ou blocos, como é costume designar-se. Deste modo, o ciclo clínico deve iniciar-se pela aprendizagem, em regime intensivo, das técnicas de abordagem dos doentes e observação do corpo humano, seguido por um período, também em regime intensivo, da informação considerada essencial para o conhecimento e compreensão dos grandes capítulos da patologia. Em seguida, os alunos devem estar em condições de iniciar os estágios, sendo distribuídos em pequenos grupos pelos Serviços clínicos, onde se integram nas equipas e realizam a vida profissional diária, acompanhando o ciclo completo de todos os doentes, em internamento e consulta. Há assim ocasião de analisar e discutir conhecimentos, educar gestos e atitudes da vida profissional. Tal metodologia — só possível com o limitado número de alunos que iremos ter — impõe contudo profundas alterações na vida regular dos Serviços. Esta terá que passar a ser toda ela académica, no bom e genuíno sentido do termo. Quer isto dizer que toda a actividade profissional nas instituições de ensino deve ser elaborada, discutida, programada, sem improvisações; com discussão permanente dos doentes, dos seus problemas, dos pontos a investigar, da tecnologia a utilizar, dos resultados obtidos; com análise lógica, inteligente e informada das decisões a tomar. Pressupõe revisão permanente dos assuntos, ligação interdisciplinar, processos clínicos completos, com tudo o que se passa com os doentes, incluindo as discussões e análise dos actos dos médicos e outros profissionais que colaboram na sua assistência.

Esta formação permite avaliação permanente durante os estágios e permite também, mais facilmente, avaliação do próprio Serviço e do processo de educação.

*Conteúdos* — dado o gigantismo da medicina actual, os conteúdos terão que ser limitados aos que facilitarem o alcance dos objectivos previamente definidos. Terão que ser assim no curso pré-graduado, reduzidos às grandes áreas da patologia e prática médica:

- Medicina interna;
- Cirurgia geral;
- Pediatria;
- Obstetrícia;
- Saúde mental e Psiquiatria;
- Medicina Comunitária.

As especialidades que hoje integram estas grandes áreas terão que participar de modo harmónico, dentro dos períodos

respectivos, como conteúdo básico indispensável e sem grande sofisticação tecnológica.

Todas as especialidades devem encontrar o seu lugar educacional na pós-graduação, onde as bases científicas e tecnológicas devem ser exaustivamente desenvolvidas e onde se torna necessária a participação das disciplinas do ciclo básico do curso de Medicina.

*Estruturas* — Finalmente, as estruturas deverão fornecer as condições ótimas para desenvolver a metodologia apontada e os conteúdos referidos. É evidente que as estruturas são ainda (circunstância muito importante) condicionadas pelas necessidades assistenciais de cada país e cada região. Por isso teremos sempre que encontrar soluções de compromisso entre as duas funções complementares: assistenciais e educacionais.

De qualquer modo, os esquemas a desenvolver devem sempre ter em conta as estruturas existentes, quando não for possível a sua transformação adequada. Parece mais difícil o compromisso entre ensino pré e pós-graduado, que é difícil mas não impossível. O primeiro exige integração de especialidades em grandes áreas, enquanto o segundo requer fundamentalmente a sua diferenciação e a criação de Serviços muito especializados. Há vários modelos no mundo oci-

dental e entre nós, que urge estudar e adaptar aos nossos hospitais escolares.

Com efeito, os hospitais escolares são a estrutura tradicional para o ensino pré-graduado, mas são progressivamente mais importantes para o pós-graduado. Por outro lado, o ensino pré-graduado, destinado a todos os médicos, deve estender-se a estruturas extra-hospitalares e abranger o serviço ambulatorio, onde na realidade se passam 80 % dos actos médicos da vida profissional corrente. Daqui o interesse da ligação a Centros de Saúde e outras estruturas de clínicos gerais e às estruturas de Saúde Pública.

Embora na vida hospitalar se consigam os melhores modelos para a educação no *manejo* completo de doentes, não há dúvida que a extensão extra-hospitalar representa uma necessidade sentida em todos os países que têm pensado no problema. Só deste modo se transmitem as vivências úteis a uma vida profissional completa.

Pedido de separatas: J. Pinto Correia  
Serviço de Medicina II  
Hospital de Santa Maria  
Av. Egas Moniz  
1600 Lisboa - Portugal