

UM PROJECTO
EM EDUCAÇÃO MÉDICA

Colectânea de reflexões, artigos e outros documentos

Vol. I

Esta obra foi possibilitada pelo generoso apoio financeiro da Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina, à qual, na pessoa do seu Presidente, Professor Doutor Fausto Pinto, expresse o meu reconhecimento.

J. Martins e Silva

UM PROJECTO
EM EDUCAÇÃO MÉDICA

Colectânea de reflexões, artigos e outros documentos

Vol. I



Edições Colibri

Título Um Projecto em Educação Médica.
Colectânea de reflexões, artigos e outros documentos
(Vol. I)

Autor © J. Martins e Silva

Prefácio António Sampaio da Nóvoa

Edição Edições Colibri

Data de edição Julho de 2009

Composição Marta Nogueira

Apoio informático António Manuel Freire

ISBN 978-989-20-1349-7 (on line / ebook)

ISBN 978-972-772-915-9

Depósito legal 295 395/09

Lisboa, Julho de 2009

Nota biográfica

João Alcindo Pereira Martins e Silva, nasceu em Lisboa em 24 de Junho de 1942. Licenciado em Medicina em 1967 pela Universidade de Lisboa e doutorado em Ciências Médicas (Química Fisiológica) em 1973, pela Universidade de Lourenço Marques. Nesta última Universidade foi docente (assistente e professor auxiliar da disciplina de Química Fisiológica) da Faculdade de Medicina (de 1968 a 1975). Neste período realizou estágios no estrangeiro como bolseiro de pré-doutoramento, designadamente em 1970/71 na Universidade de Washington (EUA). Após cumprimento do serviço militar em Moçambique regressou a Portugal, onde retomou a carreira académica na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (professor auxiliar de 1975 a 1978, professor extraordinário de 1978 a 1979, e professor catedrático de 1979 a 2005). Nesta Faculdade regeu as disciplinas de Bioquímica (1979-1997) e de Bioquímica Fisiológica (1994-2005), foi investigador (1975-1980) e responsável por uma linha de investigação do Centro de Metabolismo e Endocrinologia do INIC (1980-1993), co-fundador do Centro de Microcirculação e Biopatologia Vasculuar, que coordenou (1993-1997) e dirigiu (1997-2003) e investigador principal da Unidade de Biopatologia Vasculuar no Instituto de Medicina Molecular (2003-2007).

Entre outras funções académicas, foi subdirector (1991-1994) e depois director (1994-2005) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Após aposentar-se da função pública em 2005, presidiu à Comissão de Ética daquela Faculdade (2005-2007) e continuou a leccionar voluntariamente, na qualidade de professor catedrático convidado do Instituto Superior Técnico (2005-2008), a disciplina de Metabolismo e Endocrinologia do curso de licenciatura em Engenharia Biomédica.

Presidente (e fundador) da Sociedade Portuguesa de Hemorreologia e Microcirculação (1984-1997), presidente da Sociedade Portuguesa de Educação Médica (1991-2003), vice-presidente da European Society of Clinical Hemorheology (1993-1998), é membro da Academia Portuguesa de Medicina (desde 1998), e membro honorário ou efectivo de outras sociedades científicas nacionais e internacionais.

Autor de mais de quatro centenas de publicações científicas (artigos originais, artigos de revisão, livros e editoriais).

Livros e Colectâneas de que é autor

Fundamentos da Patologia Química do Eritrocito. Colectânea de “O Médico”, Porto, 1976.

Introdução à Bioquímica Médica (em colaboração com H. Geada e A. Freire), Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1979.

Água e Comportamentos Corporais, Colectânea de *O Médico*, Porto, 1981.

Bases Químicas da Função Pulmonar, Publicações Ciência e Vida, Lisboa, 1982.

Lições de Química Fisiológica (reedição fotomecânica em cinco volumes dos esquemas e resumos das lições proferidas no ano lectivo de 1972/73, na Faculdade de Medicina da Universidade de Lourenço Marques), Lisboa: Publicações Ciência e Vida, 2004.

Biopatologia Vasculiar e Sanguínea, vol. I (Colectânea), Publicações Ciência e Vida, Lisboa, 2004.

Bioquímica da Informação Genética (reedição de 1975, com actualização em prefácio), Publicações Ciência e Vida, Lisboa, 2006.

Índice

Agradecimentos	XVII
Prefácio	XIX
Apresentação	XXI
Siglas de classificação dos trabalhos	XXIII

VOLUME I

I – CIÊNCIA E CULTURA NUMA SOCIEDADE EM MUDANÇA

1. Ensino Superior

1 – Ciência e Cultura numa Universidade em Mudança. Velhos e Novos Paradigmas	3
2 – A Expansão do Ensino numa Sociedade em Mudança. Perspectivas sobre a Formação Médica	10
3 – Caminhos para a Formação Superior na Europa do Conhecimento	31
4 – Quando o Passado e o Futuro tendem a Confundir-se	37

I – CIÊNCIA E CULTURA NUMA SOCIEDADE EM MUDANÇA

2. Formação Médica

5 – “Criando se Destrói o que é Caduco”	43
6 – Formação Médica: para uma Nova Matriz de Desenvolvimento	48
7 – No Advento de um Novo Paradigma da Formação Médica	58

I – CIÊNCIA E CULTURA NUMA SOCIEDADE EM MUDANÇA

3. Investigação

8 – Investigação Básica ou Investigação Aplicada Luxo ou Necessidade?	71
9 – Docência, Investigação e Interdisciplinaridade em Medicina. Uma Questão em Aberto (OC)	78
10 – As Ciências da Saúde e a FML: Balanço de um Concurso	81
11 – Algumas Vicissitudes Presentes e Futuras da Investigação Médica em Portugal	86
12 – Limitações e Perspectivas de Ensino e Investigação no Ciclo Básico das Faculdades de Medicina Portuguesas	90
13 – Mais Ciência, Para Quê?	98
14 – Saúde, Ciência e Consumismo	101
15 – Na Teia dos Interesses Financeiros	104
16 – A Falácia da Prioridade Científica	107
17 – O Conceito e o Substrato	111
18 – A Propósito da Avaliação da Universidade e do Inadiável Fomento da Investigação Científica	115
19 – Reflexões sobre o Financiamento da Investigação Médica	119
20 – Diálogo Ciência e Arte – Singularidades e Convergências	126
21 – Poderá Haver a “Divulgação da Cultura” Entre Nós?	135
22 – Contribuição para a Cultura Científica	137
23 – Reflexões Sobre o Progresso da Ciência na Consiliência do Conhecimento	140

II – O ENSINO MÉDICO EM PORTUGAL – ASPECTOS HISTÓRICOS

24 – A Perspectiva da Dimensão	157
25 – Edimburgo 1993: Reavaliar Esperanças e Realidades de 1988	162
26 – Melhor Formação Médica para Melhor Assistência Médica	164
27 – Desencontro de Estratégias. Até Quando?	167
28 – A Revisão Curricular e os Paradoxos da Inércia	171
29 – Formar ou Formatar?	173
30 – O Futuro da Saúde em Portugal	176

31 – Miragens ou Pesadelo?	178
32 – Para um Novo Modelo de Ensino Médico	183
33 – Breve Historial da Presente Revisão do Ensino Médico	186
34 – Medidas de Emergência a Accionar para o Ensino Médico nas Faculdades de Medicina Portuguesas	199
35 – Uma Nova Atenção para o Ensino Médico	203
36 – A Formação para a Saúde no Próximo Século	207
37 – Avançar Lateralmente?	210
38 – As Dificuldades da Mudança na Incerteza do Conceito	213
39 – A Legitimidade do Conhecimento e da Experiência Institucional para as Soluções Necessárias	217
40 – O Direito à Indignação	219
41 – Que se Consultem e Atendam às Luzes Médicas	221
42 – O Objectivo da Qualidade – Treze Anos Depois	226
43 – O Significado dos Incentivos	230
44 – Sobre os Programas de Ensino Médico na Faculdade de Medicina de Lisboa, desde a sua Fundação em 1911 e até ao Presente	233

III – PROJECTOS DE REFORMA CURRICULAR NA FML

1. Aspectos Conceptuais

45 – A Próxima Reforma do Curriculum Médico – Uma Oportunidade Ímpar para Reformular Objectivos, Metodologias e Conteúdos	239
46 – A Reforma Curricular. Causas, Mecanismos e Finalidades	245
47 – Eixos Orientadores da Reforma do Ensino Médico. Uma Proposta Estratégica	252
48 – A Reforma Curricular. Filosofia de Ensino/Aprendizagem: Uma Vertente a Rever	278
49 – Reflexões para um Novo Programa Curricular. 1. Princípios	286
50 – Reflexões para um novo programa curricular 2. Objectivos da pré-graduação	290
51 – Uma Experiência de Inovação Curricular	299
52 – A Revisão Curricular na FML. A Crise, as Dificuldades e o que é Possível	366

53 – Proposta para o Novo Plano Curricular da FML. Generalidades	368
54 – As Contingências do Novo Plano Curricular	373
55 – O primeiro dia	375
56 – Reforma do Ensino Médico: meios, requisitos e constrangimentos	379
57 – O Sentido da Educação Médica	385
58 – Das intenções à acção	388
59 – Dificuldades e desafios da alteração curricular	391
60 – Para um novo Paradigma do Ensino Médico	394
61 – Conjunturas e perspectivas para o Ensino Médico na FML	396
62 – Sobre o desenvolvimento do novo plano curricular	399

III – PROJECTOS DE REFORMA CURRICULAR NA FML

2. Objectivos

63 – Entrevista: proposta para um mandato	405
64 – Entrevista: “a revisão curricular”	409
65 – Princípios para uma metodologia educacional	419
66 – Os Primeiros Seis Anos do Novo Currículo	422
67 – Preparando a Segunda Fase da Revisão Curricular	424
68 – Reajustamentos no Programa Curricular	426
69 – Uma Década de Inovação Curricular	429
70 – No Caminho de Alterações Curriculares Inevitáveis	432
71 – A importância de definir as Competências Nucleares do Licenciado em Medicina	436

III – PROJECTO DA REFORMA CURRICULAR

3. Constrangimentos

72 – “Constrangimentos absurdos”	447
73 – Superar as dificuldades	451
74 – Cultive-se o optimismo da vontade	455
75 – Saúde – Direitos e Realidades	458

VOLUME II

III – PROJECTOS DE REFORMA CURRICULAR NA FML

4. O 6.º Ano

76 – O Próximo 6.º Ano do Novo Programa Curricular	3
77 – Futuro 6º Ano do Novo Programa Curricular – Para um Ensino Prático .	5
78 – Reflexões sobre os Objectivos e o Modelo de Estágio Clínico do Novo Plano Curricular	21
79 – Reflexões sobre Estratégias e Finalidades do Novo Plano Curricular	39
80 – Uma Modificação Curricular Adaptável à Inovação dos Saberes e às Exigências Bio-Psico-Sociais do Futuro	47
81 – Comentários à Preparação, Evolução e Apoio do Estágio Clínico Profissionalizante do Plano de Estudos da Pré-Graduação Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa, de 2000/2001 a 2004/2005	63
82 – Historial da Planificação, Preparação e Desenvolvimento do 6º Ano com Estágio Clínico do Novo Programa Curricular da Faculdade de Medicina de Lisboa	69

III – PROJECTOS DE REFORMA CURRICULAR NA FML

5. Áreas Optativas

83 – Laboratórios Multidisciplinares de Ensino	83
84 – Conceito de Disciplina de Opção no novo Plano Curricular	86
85 – Contributo para a Preparação Informática e Telemática do Futuro Médico	89
86 – Para uma Formação Médica Aperfeiçoada pela Ciência e Impregnada pela Investigação	92
87 – Educação Pela Ciência	97
88 – Contributos Para a Eficácia do Sistema e para a Convergência de Objectivos	99

III – PROJECTO DA REFORMA CURRICULAR DA FML

6. Ciclo Clínico

89 – Para um Ensino Médico Eficaz	103
90 – Educação Médica: um Projecto Global	108
91 – Centros Médicos Universitários – Objectivos e Funcionalidade	110
92 – Ciclo Clínico: Ensinar Onde?	113
93 – Na Revitalização do Tecido do Ensino Clínico	117
94 – A Reforma do Ensino Médico também passa pela do Hospital	121
95 – É Tempo para um Novo Paradigma de Formação Médica	126
96 – Hospitais Universitários	129

III – PROJECTO DA REFORMA CURRICULAR DA FML

7. Formação de Docentes

97 – Doutoramentos em Medicina pela FML: Ilações e Perspectivas	137
98 – Formação Pedagógica dos Novos Docentes	141

III – PROJECTO DA REFORMA CURRICULAR DA FML

8. Avaliação

99 – Razões para um Falso Insucesso Escolar e a Necessidade das Prescrições	147
100 – Repetentes Perenes. Uma Questão a Resolver	150
101 – Auto-Avaliação e Auditoria Externa da FML	155
102 – O Significado da Avaliação do Ensino na FML	158

III – PROJECTOS DE REFORMA CURRICULAR NA FML

9. Acesso

103 – Gerir a Crise ou Gerir o Futuro?	163
104 – O Novo Acesso ao Ensino Superior e suas Implicações em Medicina	167
105 – Anotações sobre o Novo Sistema de Acesso à Universidade	175

106 – Condições e Mecanismos de Acesso às Faculdades de Medicina	179
107 – O Acesso em Debate. Razões para uma Mudança	187
108 – Ainda uma Palavra sobre o Acesso às Faculdades de Medicina	191
109 – Os Exames Ad Hoc no Âmbito do Acesso às Faculdades de Medicina	196
110 – Alunos Estrangeiros e o Acesso a Medicina. Propostas para a Melhoria do Sistema	203
111 – Um Cuidado Adicional na Pré-Graduação	208
112 – Todos os Anos pelo Verão	211
113 – Para uma Solidariedade mais Eficaz	214
114 – No Caminho de uma Profunda Reforma do Ensino Médico	217
115 – Reflexões Sobre a Formação Médica em 1999	220
116 – Reflexões Sobre o Acesso a Medicina. Uma Proposta de Regime Alternativo	225
117 – Vagas, Acesso e Economia de Mercado	231
118 – Imigração Médica em Portugal. Origens, Benefícios, Precauções	237

III – PROJECTO DA REFORMA CURRICULAR NA FML

10. Numerus clausus e rácio docente/discente

119 – Do “Numerus Clausus” à Proporção Docente/Discente. Que Futuro?	243
120 – Reflexões Sobre o Ratio Docente/Discente	246

IV – APOIO ESTRUTURAL À REFORMA CURRICULAR

121 – A Revista da FML – Perspectivas para uma Renovada Transmissão do Conhecimento e Maior Eficácia na sua Aplicação	251
122 – A Revista da FML, como Referência da Identidade Institucional	259
123 – Para que a Agenda seja Mais Útil	263
124 – Para que as Realizações tenham efectivo Valor	265
125 – Da Autonomia Redimensionada às Realidades Institucionais do Presente	269
126 – A Modernização do Ensino Médico	272
127 – Os Paradoxos da Melhoria	275

128 – Um Tijolo em Cada Dia	278
129 – Estruturação do Sistema de Apoio aos Estudos de Pré-Graduação	282
130 – Preparar o Futuro da Medicina de Sempre	290
131 – Homenagear um Passado de Noventa Anos, antecipar o Futuro em Desenvolvimento	296
132 – Prioridades num Ciclo de Mudança. Análise das Modificações Realizadas e Previsão das Inevitáveis	306
133 – Ensino do Ciclo Básico na Universidade da Madeira	314
134 – Criação do Instituto de Medicina Molecular	318
135 – Indicadores, Conceitos e Vectores de Desenvolvimento da Faculdade de Medicina de Lisboa, definidos entre 1994 e 2001	320
136 – Os Primeiros Onze Anos da História da AIDFM	327

V – FORMAÇÃO MÉDICA CONTÍNUA

137 – O Comentário do Comentário. Sinal de uma Crise de Educação Pós-Graduada?	331
138 – O Excesso de Reuniões Médicas e a Falta de uma Educação Médica Contínua Planificada	333
139 – Dilemas da Interdisciplinaridade	337
140 – A “Balcanização” das Áreas Científicas e das Especialidades Médicas. Um Mal Necessário ou uma Situação a Evitar?	340
141 – Elementos para a Análise Pedagógica de um Curso Inserido na Área da Educação Médica Pós-Graduada	342
142 – A VII Reunião da SPH e a Formação Médica Contínua	358
143 – A União da Diversidade	361
144 – Perspectivas sobre a Formação Médica Contínua	364
145 – Formação Médica Contínua – Uma Responsabilidade a Partilhar	383
146 – A Informação em Formação Médica Contínua	386
147 – Acesso à Formação Qualificada para Toda a Vida Profissional	389
148 – Promover a Mudança, Cultivar a Ciência, Racionalizar a Medicina	392
149 – Para uma Formação Coesa e Eficaz	396
150 – Formação e Actuação Médicas. Para uma Posição de Convergência ...	399
151 – Modelos e Exemplos são Indissociáveis da Formação e Actuação Médicas	403

152 – Lifelong Learning in Medicine – The Way for Maintaining Professional Competence	406
153 – A Pós-Graduação na Faculdade de Medicina De Lisboa – Uma Tradição e uma Realidade em Desenvolvimento	413

VI – HOMENAGENS E OUTRAS INTERVENÇÕES ACADÉMICAS

154 – Homenagem na Jubilação do Professor Artur Torres Pereira	421
155 – Jubilação do Prof. Doutor Carlos Ribeiro	424
156 – Carlos Ribeiro, Presidente do Conselho Científico da FML (1991-1995)	426
157 – Jubilação do Prof. Doutor Fernando de Pádua	431
158 – Cerimónia de Homenagem Nacional ao Professor Fernando de Pádua	436
159 – Sessão Solene de Abertura do Ano Académico da FML 1996/97	438
160 – Sessão Solene de Abertura do Ano Académico da FML, 1997/98	446
161 – Sessão Solene de Abertura do Ano Académico de 1998/99	450
162 – Agradecimento	455

VII – PERSPECTIVAS E PREVISÕES

163 – Looking to the Future with the Humanistic Values of the Past	465
164 – Adaptação à Medicina do Futuro Realidades e Perspectivas a Propósito da Revisão Curricular e Outras Modificações Associadas ...	468

Agradecimentos

O livro agora apresentado, embora a título pessoal, não esquece a participação e colaboração activas de docentes e estudantes que se dedicaram a uma causa nobre, que era (e continuará a ser) a do desenvolvimento de um projecto conducente à melhoria da formação médica. Por isso, o meu primeiro agradecimento é dirigido a todos, docentes e alunos que, com louvável dedicação institucional, mérito e pondo de lado interesses pessoais, participaram directa e indirectamente naquele projecto, contribuindo para uma parte substancial das reflexões aqui incluídas.

Ao Magnífico Reitor da Universidade de Lisboa, Senhor Professor Doutor António Sampaio da Nóvoa que, desde o primeiro minuto, nos honrou em prefaciá-la obra e apoiou o projecto da publicação e respectiva inclusão no repositório de obras disponibilizadas pela UL, quero expressar o meu profundo reconhecimento e homenagem pessoal.

O incentivo recebido de alguns Amigos para que me resolvesse a publicar a presente obra, deve ser destacado. Entre outros, agradeço à Senhora Professora Doutora Carlota Saldanha, pela sua amizade e colaboração leal e exemplar durante quase três décadas em muitas e diversificadas actividades académicas e científicas, e a quem devo também, pela acutilância e pertinência das suas críticas, uma melhor visão e justeza de alguns dos temas apresentados.

O meu reconhecimento à Senhora D.^a Emília Alves, que me secretariou durante cerca de duas décadas, pelo seu labor dedicado na preparação dactilográfica cuidadosa e muito paciente de quase todos os meus anteriores trabalhos e que, mais uma vez, garantiu a feitura da versão final do conteúdo agora apresentado.

Muito agradeço à Senhora Dr.^a Maria Leal, directora da Biblioteca da Reitoria da Universidade de Lisboa, pelo apoio e atenção concedidos, directamente e pela sua equipa, que assim possibilitaram a impressão digital desta colectânea.

Por fim, destaco o profissionalismo, rapidez e atenção que a Editora Colibri, na pessoa do Senhor Dr. Fernando Mão de Ferro, concederam à edição da presente obra.

Prefácio

João Martins e Silva publica nesta obra um conjunto de 164 textos produzidos entre 1983 e 2005. São mais de vinte anos de uma intensa actividade académica, marcada pela procura de novos caminhos para a Educação Médica. Em Portugal não temos ainda a tradição, tão forte noutras culturas, de *deixar registo*, melhor dizendo, de *deixar memória*, das nossas vidas institucionais. E, sem memória, as instituições, tal como as pessoas, perdem a capacidade de aprender e de evoluir.

Frequentemente, João Martins e Silva desenvolve os seus argumentos a partir de uma referência histórica. Inspirando-se em Paul Valéry, evita assim o risco de entrar no futuro a andar para trás. A sua preocupação não é sobre *o que já foi* mas antes sobre *o que há-de vir*.

Director da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, entre 1994 e 2005, retoma uma tradição médica, de reflexão sobre a educação, a formação e a investigação, que marcou boa parte do nosso século XX. Bate-se pela reforma da Universidade, mantendo sempre uma atitude de confiança na instituição e de defesa da sua autonomia. Defende que a Universidade deve antecipar-se aos acontecimentos preparando as mudanças possíveis, liderando o processo da transformação em lugar de seguir na sua retaguarda:

“É afinal um projecto cultural que se antevê necessário para a que a mudança aconteça. Projecto cultural que passa pela estatura moral e intelectual dos docentes, que serão igualmente os seus investigadores. Alicerçado num ambiente de trabalho próprio que não troque princípios por facilidades oportunistas ou por soluções avulsas, ao arremedo da missão que compete à Universidade preservar e modernizar. A desenvolver autonomamente, isto é, moral e intelectualmente na independência do poder público e do poder económico” (texto n.º 1, *Ciência e cultura numa universidade em mudança: Velhos e novos paradigmas*, 1997).

Das ideias e propostas avançadas por João Martins e Silva escolho três que me parecem de grande actualidade para pensar a Educação Médica nos tempos de mudança que atravessam a Universidade de Lisboa.

Em primeiro lugar, a atenção à selecção dos alunos, à definição de um currículo interdisciplinar baseado na “resolução de problemas” e à valorização do estudo e da aprendizagem no quadro de uma concepção integrada da educação médica, desde a pré-graduação até à formação contínua. João Martins e Silva considera que *saber aprender* é a componente mais importante do trabalho universitário, por três razões principais: “prepara o futuro licen-

ciado para não se ater a dogmas, estimulando-lhe a capacidade crítica”; “prepara-o para a interdisciplinaridade do conhecimento e para a adaptação à mudança”; “dá-lhe motivação e instrumentos para aprender à distância, em várias alturas da sua vida” (texto n.º 86, *Para uma formação médica aperfeiçoada pela ciência e impregnada pela investigação*, 1998).

Em segundo lugar, a defesa de uma formação médica sempre marcada pela proximidade à investigação. Regressa sistematicamente a este tema, explicando a importância da “ciência competitiva”, mas afirmando também a necessidade de uma política de fomento da ciência e da investigação em geral. Toda a formação médica deve estar impregnada pela cultura científica. Escreve a este propósito que seria irrealista pensar que em cada estudante universitário há um cientista latente, mas que isso não obsta “a que a preparação educacional para essa finalidade passe por uma metodologia própria, em que se cultiva a dúvida permanente e se exige a demonstração para cada facto, em que a aprendizagem da acção seja metodicamente antecedida pela reflexão” (texto n.º 18, *A propósito da avaliação da Universidade e do inadiável fomento da investigação científica*, 1997).

Em terceiro lugar, a importância que dedica à formação clínica, considerando que o modelo actual é insuficiente e ineficaz. Defende que a reforma do ensino médico, em particular no ciclo médico, implica medidas que alarguem a intervenção das faculdades de medicina nos hospitais e unidades de saúde onde decorre essa formação. Retoma, em vários textos, a ideia de um Centro Médico Universitário que junte as dimensões de prestação de cuidados de saúde, de ensino e formação e de investigação.

Esta obra é um testemunho e um legado: o testemunho de quem acredita na instituição universitária, na sua capacidade de reflexão colectiva, de partilha e de inovação; o legado de quem sabe que a vida académica é feita de continuidades e de mudanças, de um exercício diário, permanente, de reinvenção e de construção de novas ideias e de novas práticas.

A Universidade de Lisboa orgulha-se de ter entre os seus Professores uma figura tão notável como João Martins e Silva. A sua acção e o seu pensamento chegam-nos com a vitalidade de um universitário que não se fica pelo “contentamento paroquial”, de um cientista que não se resigna à mediocridade, de um intelectual que exerce a crítica sem cair no desânimo das dificuldades.

António Sampaio da Nóvoa
Reitor
Universidade de Lisboa

Apresentação

O presente volume reúne cerca de centena e meia de intervenções que tive o ensejo de publicar, entre 1983 e 2005, sobre assuntos directa e indirectamente relacionados com a Educação Médica. Exceptuando dois dos trabalhos, elaborados em colaboração (n^{os} 77 e 111), os restantes são perspectivas pessoais apresentadas como ensaios, comunicações, entrevistas, prefácios, discursos, editoriais ou outra forma de opinião (conforme se indica no índice), enquanto presidente de duas Sociedades Científicas (Sociedade Portuguesa de Educação Médica, SPEM, e Sociedade Portuguesa de Hemorreologia e Microcirculação, SPHM) e como docente e director da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FML).

A preparação e desenvolvimento de um novo programa curricular para a formação médica pré-graduada em Portugal e, particularmente, na FML, no âmbito da decisão governamental subsequente à “Iniciativa de Lisboa”, em 1988, constituem o cenário em que foi elaborada a maioria dos textos da presente colectânea.

É oportuno recordar o entusiasmo em que foi vivido, pelas Escolas Médicas Portuguesas o projecto de mudança educacional, entre finais da década de 80 e cerca de metade da seguinte, suscitado por um notável conjunto de recomendações, nacionais e internacionais, e por diversas iniciativas inovadoras no campo da Educação Médica. Foram muitas as oportunidades de diálogo interinstitucional, primeiro no âmbito de comissões de nomeação governamental e depois, de 1993/94 a 1998, por iniciativa das cinco Escolas Médicas então existentes.

Na FML estavam então reunidas condições particularmente favoráveis para uma reforma curricular. As reflexões pedagógicas organizadas na década de 80 pelos órgãos da Escola, e que tiveram o ponto alto na “reunião de Sesimbra,” haviam preparado docentes e alunos para uma próxima reforma do currículo. Sentia-se a necessidade de o modernizar, no sentido de uma formação médica mais ajustada às realidades e evolução da Medicina. Desejava-se uma reforma mas foi entendido desenvolvê-la em etapas de mudança curricular exequível.

As modificações curriculares introduzidas no programa de formação médica pré-graduada da FML, iniciadas no ano lectivo de 1995/96 foram antecedidas por recolha de opiniões e propostas junto dos principais responsáveis pelo ensino e de representantes dos alunos. Seguiu-se uma profunda

análise institucional dos condicionalismos e meios à disposição, de que resultou a conceptualização de um projecto reformista ajustado às possibilidades da FML, tendo como meta da primeira fase de mudança a concretização do 6º ano do curso, com características profissionalizantes. Os textos que abordam, directa ou indirectamente, as diferentes etapas de renovação curricular são opiniões pessoais, a par de outras que referem aspectos menos positivos daquela caminhada que, não poucas vezes, influenciaram a marcha dos acontecimentos para o seu objectivo final. Como tal, apenas uma insuficiente compreensão dos problemas inerentes à Educação Médica e à influência que têm na prática clínica, poderá explicar que, durante cerca de 5 longos anos, as escolas médicas não dispusessem de apoio específico governamental para concretizarem as (imprescindíveis e aprovadas) acções de renovação curricular. Igualmente merece referência a anunciada compensação das dificuldades estruturais e financeiras das Escolas Médicas mais antigas sob a forma de um contrato-programa para cada instituição, que, na generalidade, ficou por cumprir no prazo acordado. Finalmente, há a referir as hesitações em proceder à aprovação por decreto do novo modelo curricular que tinha congregado a aprovação de todas as Escolas Médicas, bem como da Associação Nacional dos Estudantes de Medicina, Ordem dos Médicos e representantes das Tutelas. No seu conjunto, aquelas omissões conduziram à subsequente erosão do projecto renovador e à actual instabilidade e desencontro quanto ao modelo de formação do médico do futuro, sob a responsabilidade da Escola Médicas nacionais.

Em complemento dos trabalhos que incidem sobre o projecto curricular são referidas outras questões pertinentes. Neste conjunto inclui-se análise dos mecanismos de acesso e selecção dos futuros estudantes de Medicina, incorporação da investigação científica na educação médica, a preparação de profissionais competentes e actualizados, a dinamização da formação contínua e a educação pedagógica de docentes adequados à uma nova dinâmica educacional. Por fim, são referenciadas algumas sessões académicas que, pelo significado, me parecem particularmente significativas.

Siglas de classificação dos trabalhos

- A – Artigo
- E – Entrevista
- NE – Nota de Abertura ou Editorial
- D – Discurso ou Intervenção Pública
- DC – Documento
- OC – Opinião ou Comunicação
- P – Prefácio ou Preâmbulo

I – CIÊNCIA E CULTURA
NUMA SOCIEDADE EM MUDANÇA

1. Ensino Superior

Ciência e Cultura numa Universidade em Mudança. Velhos e Novos Paradigmas*

Preâmbulo

Remonta a 1810, à Universidade de Berlim, a primeira alusão à importância da investigação como base para o ensino. Em Portugal, foi preciso aguardar um século para que, em 1911, o regime republicano decretasse idênticos princípios para as universidades nacionais (1).

Na sociedade contemporânea, a investigação tem sido naturalmente considerada um dos pilares da instituição universitária, sendo legítimo afirmar-se que não há Universidade sem investigação. Todavia, à perspectiva tradicional que confere à Universidade a responsabilidade de criar conhecimento e, através dela, educar os seus alunos, acrescentou-se mais recentemente a ideia de que a investigação deveria ter uma acção decisiva no progresso da tecnologia e do crescimento económico.

Num resvalar progressivo de conceitos começou a ser particularmente bem aceite pelos poderes públicos a oportunidade de ligação da Universidade à Indústria, como mecanismo natural de optimização de recursos humanos e financeiros para objectivos concretos do sector produtivo (2-4).

A esta perversão do conceito original da Universidade foram sucessivamente acrescentando outras preocupações, hoje difundidas à escala internacional: tendência para reduzir a investigação fundamental a favor de pesquisa aplicada; redução dos recursos para investigação científica, a par com grande aumento dos encargos com equipamentos e consumíveis laboratoriais; diminuição da popularidade e da confiança das populações com os resultados da ciência; controvérsias sobre integridade ética e científica dos agentes envolvidos; polémicas sobre os custos indirectos da investigação que recaem no contribuinte (5).

* A – In: Revista da FML 1997; Série III; 2(6): 349-353.

Prelecção apresentada no Seminário “As Funções da Universidade numa Sociedade em Mudança”, organizado pelo CRUP e Fundação das Universidades Portuguesas. Reitoria da Universidade de Lisboa. 4 Novembro 1997.

Perante o exposto justifica-se uma reapreciação sobre o posicionamento e implicações potenciais da investigação científica no âmbito da missão universitária e dos condicionalismos do meio em que se integra.

A missão da Universidade

Analisar a Universidade actual numa Sociedade em mudança, a perspectivar essencialmente para o próximo século – que é já daqui a três anos – requer alguma ponderação acerca do seu passado e das suas origens.

A primeira Universidade europeia, reconhecida como tal, foi fundada em Bolonha no século XI. Seguiram-se pouco depois as de Oxford, Cambridge e Paris. Na generalidade, era objectivo fundamental dessas Universidades preservar a cultura tradicional, imbuída num forte sentido religioso.

A situação manteve-se relativamente inalterada, sem roturas com o passado histórico e cultural, até inícios do século passado. Na sequência da Revolução Industrial, as exigências sociais, políticas, económicas e técnicas então criadas contribuíram, em parte, para impulsionar a modernização do sistema educacional e os ajustamentos nos conceitos culturais vigentes.

Nos Estados Unidos, as exigências da época foram, em 1860, acompanhadas por medidas governamentais concretas, englobadas na Lei Morrill. Por via destas determinações foram cedidos terrenos para edificação da universidades estaduais, com o compromisso de aí serem ensinadas a agricultura, as artes mecânicas e a ciência militar. Parece não haver dúvidas de que pujança alcançada desde então pelas universidades norte-americanas foi possibilitada pela Lei Morrill (6).

Também o crescimento económico e a industrialização da sociedade contemporânea serão consequências das modificações iniciadas no sistema universitário do século XIX.

Actualmente, e após múltiplas alterações circunstanciais, colocam-se à Universidade dois problemas fundamentais interligados, um representado pela ameaça à preservação das condições de vida na Terra, a que urge dar solução, sendo o outro um dilema crucial das actuais sociedades industrializadas: como crescer economicamente e, em simultâneo, como proteger o ambiente (7).

No fundo é um conflito de interesses à escala mundial, com base na contradição entre aquilo que se designa por “progresso” e a finalidade última da vida humana em sociedade, num meio que lhe interessa, para sua própria sobrevivência, preservar.

Aproveitando-se a celebração dos nove séculos da fundação da Universidade de Bolonha foi, nesta cidade aprovada, em 18 de Setembro 1988, a Magna Carta das Universidades Europeias (*Magna Charta Universitatum*).

Nesse documento ficou expresso o que se entende por Universidade: “*Uma instituição autónoma e fundamental para as sociedades, de cuja organização difere por via de herança histórica e geográfica; produz, examina, avalia e desenvolve actividades culturais através da investigação e do ensino*”.

A terminar, acentua que “*o ensino e a investigação na universidade são funções inseparáveis, para que a educação daí resultante não fique atrás das necessidades na mudança, das experiências da sociedade e do avanço do conhecimento científico*”.

Das citações referidas ressaltam duas conclusões. Na primeira, a investigação e o ensino são actos culturais indissociáveis; da segunda poderá concluir-se que o futuro da sociedade depende necessariamente da participação activa das universidades, como centros de cultura, conhecimento e investigação.

Será eventualmente nesta última conclusão que reside a polémica mais acesa sobre o significado que o futuro da Universidade tem para os seus membros, e as expectativas que legitimamente assistem à sociedade e aos poderes públicos sobre o assunto (8).

Em qualquer dos casos a questão não é pacífica, e longe vão os tempos em que o ensino, a preparação para a investigação e a aprendizagem de desempenhos constituíam os objectivos primordiais da Universidade.

Os novos paradigmas

A crise (política, económica e social) que adveio à Segunda Guerra Mundial terá constituído um importante ponto de inflexão no posicionamento relativo da Universidade no meio em que se insere.

A partir da década de quarenta, a Universidade viu-se envolvida em projectos de investigação bélica e aeroespacial e num conjunto insuspeitadamente vasto de outros estudos de investigação aplicada. A saúde humana saiu notavelmente beneficiada com este esforço, em resultado de novos medicamentos, novos conhecimentos fundamentais sobre o património genético e sobre possibilidades de actuação compensadora em situações degenerativas, então sem qualquer esperança (5).

Todavia, com o fim da “Guerra Fria”, e na sequência de fortes constrangimentos económicos, os financiamentos vultuosos e quase inesgotáveis que davam resposta a determinados tipos de investigação, particularmente liderada pelas universidades e centros de pesquisa norte-americanos, começaram a rarear. Igualmente, nos restantes Países mais industrializados assistiu-se a uma viragem dos objectivos científicos, a desfavor da investigação básica e em apoio da pesquisa tecnológica e biotecnológica. Entre 1970 e o momento actual a recessão corroe os apoios públicos e privados que vinham sendo disponibilizados, até então, às universidades mais avançadas.

Depois sobrevieram os cortes de financiamento para equipamentos, instalações, bolsas de estudos e contratação de pessoal qualificado.

Progressivamente, entraram no vocabulário das universidades as palavras *competitividade* e *pertinência* da investigação; o financiamento atribuído começou a ser condicionado por um novo figurino, em que a Universidade se constituía num sector adicional do sistema produtivo. Neste cenário, a Universidade passou a transmitir conhecimentos e treino profissional para acções concretas além de possibilitar o desenvolvimento da investigação aplicada nos seus laboratórios e centros científicos. Em compensação, a Universidade receberia proventos para contratar o pessoal mais qualificado, para melhorar instalações e equipamentos e, havendo disponibilidade, também dando continuidade a alguma investigação básica do seu próprio interesse. Quanto às restantes Universidade *menos competitivas*, que não conseguiam apetrechar-se em pessoal e bens indispensáveis para pesquisar sobre temas *pertinentes*, estavam inevitavelmente colocadas em posição marginal.

Naturalmente que a análise feita se refere, muito em concreto, ao paradigma do sucesso em que se transformou a actividade universitária norte-americana, com especial incidência desde fins dos anos sessenta.

O secretismo das investigações com aplicação industrial e a propriedade das patentes com valor económico são problemas reais que foram aparecendo e que colidem fundamentalmente com os princípios da autonomia universitária e da partilha de conhecimentos entre a comunidade científica universitária. Desta situação resultou, por exemplo que a publicação de resultados experimentais poderia ser atrasada ou impedida mediante cláusulas expressas, subordinadas às conveniências do mercado e do financiador. De igual modo, começou a ser questionada a participação de bolseiros estrangeiros em pesquisas sobre determinados temas tecnológicos, cuja transferência para os respectivos países de origem pudesse colidir com interesses económicos ou de defesa (9).

Neste enquadramento social é admissível que a indissolubilidade entre educação e ciência, como pilares da instituição universitária, tenha perdido bastante do seu valor tradicional. Esta situação resultaria, em parte de uma profunda modificação das perspectivas culturais que lhe são subjacentes, e, mais directamente, talvez como consequência da competição que começou a desenvolver-se entre universidades e centros autónomos exclusivamente constituídos para desenvolver investigação nas novas tecnologias (10).

Desafios para a mudança na Universidade Portuguesa

O que se passa em Portugal pouco ou nada tem a ver com aquele cenário.

Em primeiro lugar, as Universidades Portuguesas têm escassos ou nenhuns contactos com a Indústria mais representativa a nível internacional.

Há efectivamente ligações funcionais entre alguns centros universitários e representantes locais daquelas indústrias, o suficiente, porém, para um alento económico às respectivas actividades científicas. Grande parte do financiamento para investigação continua a provir de agências nacionais ou internacionais, com base em projectos científicos aprovados. Todavia, são escassos os centros contemplados e, particularmente nas ciências da saúde, os financiamentos são bastante circunscritos a temáticas pré-estabelecidas. Daqui resulta que a generalidade dos universitários não dispõe de verbas para desenvolver projectos de investigação em que teriam interesse pessoal, ou que fossem aprovados como objectivos institucionais.

Em segundo lugar, a cultura institucional não tem sido propícia ao desenvolvimento da investigação universitária, nem se afigura que a situação seja modificada nos próximos anos. São muitos e bem conhecidos os motivos que obstaculizam à existência de uma Universidade plena nos seus direitos e concretizações. O alheamento crónico da tutela pelas realidades e projectos próprios, a par com uma legislação teimosamente inadequada ou incumprida, justificam que as universidades nacionais mais pareçam extensões profissionalizantes do ensino secundário.

A crise universitária, que se vive e de que se falava nos inícios dos anos setenta em Portugal, persiste assente nas mesmas premissas, perpetuando uma lamentável situação. Esta, em anos mais recentes, tem vindo a ser agravada pela abertura indiscriminada de novos estabelecimentos de ensino privado designados (ou auto designados) por Universidades.

Actualmente, grande parte dos cursos leccionados nas universidades públicas está decalcada pelas universidades privadas, que ainda disponibilizam um vasto (e por vezes surpreendente) número de outras saídas profissionais, na generalidade desconhecidas até então. Com a agravante de que as universidades privadas leccionam com base nos docentes que recrutam nas universidades públicas, sem qualquer preocupação visível pelo desenvolvimento da investigação científica. Assim, passou a haver universidades que ensinam e desejariam investigar mas não têm meios, a par com outras, as privadas, que viabilizam quase unicamente a formação de licenciados para um mercado de trabalho em saturação.

Em boa verdade, e nesta perspectiva, não parece racional que se persista em considerar a investigação como parte indissociável da educação universitária nacional. A menos que a mudança venha a ser efectivamente possibilitada, que a Lei da Autonomia Universitária seja cumprida, e que as aberrações legais que mantêm a funcionalidade da Universidade quase a nível da repartição pública sejam corrigidas (11).

Quando as Universidades recrutarem os seus alunos e os seus docentes entre os candidatos mais qualificados, quando tiverem a possibilidade de assegurar a uns e a outros meios de formação actualizada (a desenvolver por

profissionais de ensino e de investigação), quando usufruírem de orçamento não só para ensino mas também para o fomento da investigação (como parte fundamental da educação universitária) então, e só então, haverá em Portugal a Universidade que se deseja.

Esta evolução não obriga, porém, a que a Universidade Portuguesa acompanhe as tendências mais tecnológicas que, em outras latitudes, quase transformaram as instituições universitárias em agências prestadoras de serviços à Indústria.

O grande desafio que agora se coloca à Universidade Portuguesa é saber conquistar um estatuto inovador e proporcionado, em parte já previsto na Lei da Autonomia Universitária, ou nas propostas recentemente apresentadas em 1997 pelo CRUP (11). Estatuto inovador, por nele se incluir efectivamente os objectivos fundamentais que competem à Universidade, mas ainda pouco ou nada desenvolvidos. Estatuto proporcionado, para que o progresso não seja conseguido à custa de efeitos secundários que, a prazo, o possam pôr em causa. Ajudar a solucionar alguns problemas das sociedade, sem nisso empenhar a sua autonomia e os princípios que lhe recortam a missão, afigura-se a uma posição criativa e também equilibrada. Para tanto, a Universidade Portuguesa tem que se antecipar aos acontecimentos preparando as mudanças possíveis, liderando o processo da transformação previsível e indispensável, em lugar de seguir na sua retaguarda (12).

É afinal um projecto cultural que se antevê necessário para que a mudança aconteça. Projecto cultural que passa pela estatura moral e intelectual dos docentes, que serão igualmente os seus investigadores. Alicerçado num ambiente de trabalho próprio que não troque princípios por facilidades oportunistas ou por soluções avulsas, ao arremedo da missão que compete à Universidade preservar e modernizar. A desenvolver autonomamente isto é, moral e intelectualmente na independência do poder público e do poder económico.

Bibliografia

1. Carvalho R – História do Ensino em Portugal, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1986.
2. Gonçalves F – Henriques L, Caraça JMG – A investigação universitária revisitada. CTS 1997; (Set/Den): 24-30.
3. Daxner M – Research cooperation in the greater Europe. In: “Confederation of European Union Rector’s Conferences”. Workshop: The Future of Research in Europe: the Role of Universities, Barcelona 14-15 June 1997.
4. Kodish E, Murray T, Whitehouse P – Conflict of interest in university – industry research relationship: realities, politics, and values. Acad. Med. 1996; 71:1287-1290.
5. Abelson PH – Scientific research in universities (editorial). Science 1992; 256: 9.

6. Nagai M – The university in the 21st century. Higher Educ. Policy 1995; 8: 11-13
7. Johnston DL – Education and research on the global environment. Higher Educ. Policy 1995; 8: 23-25.
8. Meira Soares V – A Universidade de Lisboa e o seu futuro. Revista da FML (Série III) 1997; 2: 7-20.
9. Deutch J – The foreign policy of U.S. universities (editorial). Science 1991; 253: 492.
10. Bricall J – Flexibility and change: two necessary conditions for the universities. CRE action nº 106, 1995.
11. Conselho de Reitores da Universidade Portuguesa II – A Lei da Autonomia das Universidades. Outubro de 1997.
12. Conselho de Reitores da Universidade Portuguesa III – As Funções da Universidade numa Sociedade em Mudança. Julho de 1997.

A Expansão do Ensino numa Sociedade em Mudança. Perspectivas sobre a Formação Médica*

Progresso educacional no País

A análise de qualquer sector da sociedade não deverá ser dissociada do conjunto em que se insere e dos diversos factores que a influenciam. Conhecer a perspectiva global é um requisito essencial para que as conclusões e/ou as decisões a tomar não se revelem insuficientes e inadequadas ou, mesmo até, prejudiciais. Pela mesma ordem de razões, quaisquer comentários ou medidas no âmbito da formação médica e, também da sua área natural de aplicação – a dos cuidados de saúde – deverão atender às realidades. E estas realidades são fundamentalmente culturais, englobando os intervenientes directos (pessoas e instituições), o produto da sua intervenção (p. ex. decretos, reformas, programas) e a sociedade em geral onde recaem essas medidas.

Tendo em atenção um estudo recente que espelha a situação social em Portugal entre 1960 e 1995 (1), é legítimo concluir que, apesar da lentidão e conservadorismo que impregna virtualmente todos os níveis da sociedade portuguesa, houve efectivos progressos em termos educacionais. Essa evolução positiva torna-se ainda mais saliente se a compararmos com a situação vivida no País nos princípios do século XX. Todavia, o optimismo destas conclusões abrange somente o aumento da alfabetização e da escolaridade no ensino superior. De acordo com as estatísticas conhecidas (2), cerca de 3/4 da população Portuguesa era analfabeta à data da implantação da República. No fim da 2^a Guerra Mundial aquela relação havia melhorado para cerca de 1/2. Em 1960 estavam registados aproximadamente 40% de analfabetos, havendo ainda quase 11% neste fim do século XX. Ou seja, em 1991 a taxa de alfabetização da população portuguesa atingiu os níveis que os países do Norte da Europa haviam alcançado antes de 1900 (Tabela I). De acordo com esta difícil realidade, afigura-se óbvio que os fundamentos políticos e as soluções educacionais accionadas nos primeiros 3/4 deste século foram insuficientes para colmatar o grande atraso em que o país se encontrava.

* A – In: Revista da FML 1998; Série III 3 (3): 135-148.

Tabela I – Analfabetismo em Portugal

Ano	População Analfabeta
1860-1900	> 75%
1910/11	75%
1920	70,8%
1930	67,8%
1940	59,3%
1950	48,7%
1960	40,3%
1991	> 11%

A situação registou uma viragem positiva a partir da década de 60, por via do alargamento do sistema educativo, particularmente ao nível do secundário e superior (Quadro I). A “reforma Veiga Simão”, em 1973, veio acelerar o processo de mudança, caracterizada pela expansão do ensino à fase pré-escolar, aumento da escolaridade obrigatória, alteração do ensino secundário, redimensionamento e diversificação do ensino superior (3). Além do ensino pré-escolar, foi efectivamente no superior que se verificaram as maiores taxas de crescimento anual, no qual as instituições particulares têm adquirido participação crescente (4).

Em 1926 havia em Portugal pouco mais de 4.000 alunos no ensino superior oficial, correspondendo a cerca de 0,06%, da população total residente. Esse número aumentou cerca de dezasseis vezes ao fim de cinquenta anos, e quase cinquenta vezes até Janeiro de 1995 (Tabela II). Corrigindo estes valores para a variação positiva da população residente no mesmo período, verifica-se que o número de alunos matriculados no ensino superior aumentou na realidade para cerca de 0,73% e 1,97% do total populacional, respectivamente em 1975 e 1995. Para aquele aumento muito contribuiu o crescimento acentuado do ensino secundário, decerto motivado pelas perspectivas sócio-económicas criadas.

Em 1954, de cada 100 alunos que terminavam a 4^a classe, apenas 18 continuavam a estudar, indo os restantes trabalhar. Em 1960, estavam matriculados somente 8.360 alunos nos dois últimos anos do ensino secundário (curso complementar liceal e técnico profissional, correspondendo ao 6^o e 7^o anos do 3^o ciclo liceal oficial), tendo concluído os estudos 2.747 desses estudantes. Trinta anos depois, em 1990/91, estudavam nos actuais 10^o, 11^o e 12^o anos do ensino secundário 309.114 alunos, dos quais concluíram pouco mais de 1/3 dos inscritos (11). Mesmo assim verifica-se que em 1990/91 houve 60

vezes mais alunos que terminaram o ensino secundário do que em 1960/61. Este contingente de alunos tornou-se numa base natural de candidatos ao ensino superior.

Tabela II – Docentes e alunos matriculados no ensino superior público

Ano	Docentes	Alunos	Docente – Alunos Rácio
1926	465	4.117	8,9
1960/61	1.113	21.927	19,7
1965/66	1.507	31.414	20,8
1970/71	2.259	46.172	20,4
1975/76	5.640	67.919	12,0
1980/81	8.658	75.830	8,7
1985/86	8.382	76.530	9,1
1990/91	12.207	120.816	9,9
1991/92	13.799	150.685	10,9
1992/93	15.696	165.827	12,0
1993/94	15.947	182.251	11,4
1994/95	15.669	195.405	12,5

Entretanto, grande parte do ensino superior era, até finais da década de setenta, assegurada pelas universidades públicas existentes. Em 1975/76, 95% dos alunos estavam matriculados no ensino público, sendo os restantes referidos a instituições particulares; naquele período 75% do ensino decorria nas universidades e o remanescente em instituições não-universitárias (1).

A partir de 1977, com a criação dos cursos de curta duração (instituídos como ensino politécnico), o ensino superior passou a englobar formalmente duas componentes; o universitário e o não-universitário (ou politécnico). As atribuições de cada sector foram especificadas pela Lei de Bases do Sistema Educativo (5), que redimensionou o sistema educacional português. De acordo com esta legislação foi estabelecido que o ensino universitário “*se destina a assegurar uma sólida formação científica, cultural e técnica, que habilite para o desenvolvimento de capacidades inovadoras, criadoras e de análise crítica, e para o exercício das actividades profissionais*”; por seu lado, o ensino politécnico tem por intuito fundamental conferir formação cultural, técnica e prática de nível superior, adequadas ao exercício de actividades profissionais de banda estreita”.

**Quadro I – Sistema Educativo e Regime de Acesso ao Ensino Superior
Cronologia das principais fases**

1973 – Reforma global do sistema educativo que fomentou a educação pré-escolar alargou a escolaridade obrigatória, modificou o ensino secundário e diversificou o ensino superior (Lei nº 5/73, de 25 de Julho).

1975 – É criado o serviço cívico estudantil, como via de acesso ao ensino superior (Decreto Lei nº 270/75, de 30 de Maio).

1975 – É criado o 7º ano de escolaridade unificada, o que conduz à extinção progressiva do ensino técnico na fase secundária (Despacho nº 1/75, de 19 de Julho)

1977 – É introduzido o *numerus clausus* no ensino superior. O número total de alunos admitidos no 1º ano poderia ser fixado anualmente (por portaria ministerial) nos cursos em que se entendesse necessário (Decreto-Lei nº 397/77, de 15 de Setembro).

1977 – O serviço cívico estudantil é substituído pelo ano propedêutico (Decreto-Lei nº 491/77, de 23 de Novembro).

1980 – O ano propedêutico é substituído pelo 12º ano da escolaridade, como ano terminal do ensino secundário (Decreto-Lei nº 240/80, de 19 de Julho)

1983 – É definida uma estrutura de ensino profissional no ensino secundário, para reorganização dos ensinos técnicos. São criados os cursos técnico-profissionais (com a duração de três anos, correspondendo aos 10º, 11º e 12º anos de escolaridade) e os cursos profissionais (com a duração de um ano, completado por um estágio profissional de seis meses). Os cursos técnico-profissionais conferiam um diploma que dava acesso ao ensino superior e também ingresso numa profissão (Despacho Normativo nº 194-A/83, de 21 de Outubro)

1986 – É aprovada a *Lei de Bases do Sistema Educativo* (Lei nº 46/86, de 14 de Outubro). O acesso ao ensino superior prevê a habilitação com um curso secundário (ou equivalente), uma prova de capacidade e provas específicas (para cada curso ou cursos afins).

1988 – É instituída a *prova geral de acesso* (PGA) ao ensino superior, não eliminatória, a que acrescem a fixação de habilitações específicas e a realização de provas específicas para seriação dos candidatos a cada curso (Decreto-Lei nº 354/88, de 12 de Outubro)

1992 – Em substituição da PGA é criada uma *prova de aferição* (de âmbito nacional), mantendo-se a exigência de 12º ano da escolaridade e de uma prova específica (Decreto-Lei nº 189/92, de 3 de Setembro).

1996/97 – A candidatura ao ensino superior passa a assentar exclusivamente em resultados obtidos no ensino secundário. As provas específicas que eram realizadas pelos estabelecimentos de ensino superior (EES) são substituídas por *exames nacionais do ensino secundário* nas disciplinas correspondentes (escolhidas por aqueles EES). Qualquer curso de ensino secundário dá acesso a qualquer curso do Ensino Superior. Os EES poderão fixar uma classificação mínima para candidatura aos seus cursos. (Decreto-Lei nº 28/B/96, de 4 de Abril, modificado pelo Decreto-Lei nº 75/97, de 3 de Abril).

Numa primeira impressão, a diversificação do âmbito e das vertentes profissionais iria ao encontro das necessidades do País e dos interesses dos candidatos, estabelecendo potencialmente um equilíbrio de mercado entre a oferta e a procura (educacional e profissional). Todavia, talvez devido às circunstâncias internas e exteriores que intervieram na génese do desenvolvimento acelerado do ensino superior em Portugal, quer o número de vagas entretanto criadas quer as expectativas profissionais subseqüentes resultaram mais de decisões intuitivas ou oportunistas do que de um planeamento rigoroso. Em consequência, e não obstante o atraso do desenvolvimento referido (1) surgiu quase de imediato constrangimentos diversos e paradoxais, com destaque para a incapacidade logística do sistema formativo e carência de saídas profissionais (para algumas discutíveis opções, entretanto criadas e multiplicadas), a par com o excesso de candidaturas para outras áreas profissionalizantes em que, pelo contrário, não existia capacidade formadora.

O acesso ao ensino superior

A rapidez da modernização da sociedade portuguesa nas últimas décadas, acentuada após a integração formal na União Europeia, influenciou profundamente os padrões demográficos, profissionais e sócio-económicos do País. Há a convicção de que pais e familiares mais esclarecidos e residentes em meios urbanos aceitaram rapidamente as novas perspectivas em que os seus descendentes iriam viver a curto prazo.

A redução drástica da população activa no sector primário (para 1/4 da existente em 1960) e a duplicação do sector de serviços no mesmo período, conduzindo a níveis próximos do quadro de desenvolvimento das sociedades mais avançadas (1), justificaram a procura de outras saídas profissionais. É neste clima social que se acentua o interesse pelo ensino superior, em boa verdade estimulado pelos sucessivos governos e pelas recomendações internacionais (4,6).

Em relatório recente da UNESCO (7) é sublinhada a importância que o ensino superior tem na sociedade contemporânea, como um dos motores do desenvolvimento económico e, também, como pólo da educação ao longo de toda a vida. Essa tendência, assumida à escala mundial, justifica que o número de inscrições no ensino superior tenha aumentado de 28 para 60 milhões de estudantes, entre 1970 e actualmente. A proporção de matriculados no ensino superior é, porém, geograficamente muito desequilibrada. Enquanto na África *subsaariana* essa população é de um aluno por cada mil habitantes, na América do Norte (e também em Portugal) é vinte vezes superior (7).

Na sociedade Portuguesa, a apetência pelo ensino superior defrontou-se rapidamente com a carência de condições de aprendizagem, quer em termos

de estabelecimentos de ensino, vagas e/ou de docentes com formação adequada (1, 8).

Numa primeira análise é de crer que os estudantes escolham o seu futuro com base em motivações, interesses, capacidades e valores pessoais. Todavia, com bastante frequência esses critérios individuais são confrontados por dificuldades diversas, designadamente por classificações de acesso inferiores às requeridas, por restrições económicas à deslocação para centros de ensino distantes da residência familiar, ou por insuficiência de vagas nas áreas vocacionais preferidas. Na presença destes e outros condicionalismos, é de prever que as motivações sejam secundarizadas por soluções alternativas. O mesmo critério aplica-se à escolha entre a universidade e cursos superiores não-universitários. Em estudo recente, somente pouco mais de metade dos inquiridos estava a frequentar o curso e o estabelecimento de ensino que sempre desejara (9).

A proliferação do ensino superior politécnico por grande número de cidades periféricas deu possibilidades de estudo diferenciado a grande número de jovens candidatos locais que, pelas razões referidas ou outras, muito dificilmente teriam continuado a sua formação superior. Naquelas condições a escolha foi fundamentalmente determinada por motivos geográficos e pelas oportunidades criadas. Todavia, haverá razões mais profundas a considerar quanto à proveniência de alunos que frequentam o ensino universitário e não-universitário.

De acordo com um inquérito recente, realizado junto dos estudantes que frequentavam os primeiros anos de estabelecimentos de ensino superior (público e privado, universitário e politécnico), foi possível concluir que a escolha entre o ensino universitário e não-universitário era determinada, essencialmente por factores exteriores, com destaque para o sexo, estatuto social e aproveitamento escolar dos candidatos (9). Entre os que haviam ingressado na universidade prevaleciam os do sexo feminino, os mais novos, aqueles cujos pais tinham maior nível educacional e social, os que haviam frequentado o ensino pré-escolar, e os que haviam obtido melhores classificações no ensino secundário. Das respostas obtidas foi ainda possível confirmar que a “democratização” e o aumento de acesso e frequência do ensino superior dependiam de duas componentes principais de expansão, a registada na vertente não-universitária e a do ensino privado (universitária e não-universitária).

A existência dos *numeri clausi* foi, e continua a ser, objecto de polémica, por vezes impregnada de alguns excessos emocionais e/ou de argumentação sócio-política mais viva; a sua introdução em 1977 no ensino superior pelo ministro Sottomayor Cardia (10) teve muito de ambos os tipos de reacção. O número máximo de estudantes que poderia matricular-se anualmente no 1º ano dos cursos era regulado por portaria ministerial, caso a caso. Esta

medida, aparentemente contraditória num País que, em 1975, tinha apenas 1/4 dos estudantes actualmente matriculados no ensino superior, derivou de uma questão pragmática: as instituições universitárias não dispunham, naquela data, de condições (quer em instalações quer em pessoal docente) compatíveis à súbita expansão do número de alunos que passou a frequentar o ensino complementar. Algumas medidas adicionais entretanto accionadas – o serviço cívico estudantil, a criação do 12^o ano, o 12^o ano profissionalizante, o ano propedêutico e, mais tarde, a reforma de 1983 que criou os cursos técnico-profissionais e os cursos profissionais – procuraram incentivar alternativas ao ingresso no ensino superior, nalguns casos com muito pouco sucesso. Na realidade, aquelas soluções limitaram-se a atrasar (em geral por um ano) a entrada na universidade, permitindo algumas medidas de urgência na reorganização estrutural e funcional das instituições de ensino. Porém, ainda hoje, as universidades mais antigas mantêm alguns desses constrangimentos por solucionar (11).

O sistema foi novamente posto em causa no ano lectivo de 1988/89 e seguintes, quando deixou de haver provas eliminatórias de acesso (nem limites máximos nem reprovação em nenhum dos testes). O número de candidatos ao ensino superior voltou a exceder largamente as vagas existentes. Com o crescimento progressivo do ensino superior particular, devidamente enquadrado na Lei de Bases do Sistema Educativo, aqueles excedentes têm sido absorvidos na generalidade. As universidades particulares, que nunca estiveram (nem virão a estar, certamente) coagidas por limites de capacidade e continuam a não ter critérios de acesso restritivos, como as universidades públicas, representavam em 1994/95 cerca de metade da oferta das vagas anuais do ensino superior (12).

Particularidades do crescimento do ensino superior

Ao aumento da população que frequenta o ensino superior não tem correspondido igual variação do número de docentes em exercício efectivo de funções. A tendência para a diminuição do rácio docente-discente, registada nos últimos anos e em parte resultante da fixação do *plafond* do Orçamento do Estado atribuído a cada uma das universidades públicas, poderá interpretar-se como uma regressão, com potenciais repercussões negativas nos métodos e na eficácia do ensino, em particular o de índole mais experimental e técnica.

Acresce que a expansão do número de alunos no ensino superior público também não tem sido acompanhada pela disponibilização de recursos financeiros, instalações e equipamentos, adequados à época e perspectivados para o futuro. Igualmente parece não haver, nalguns domínios, docentes em

quantidade e qualificados para as necessidades e os objectivos educacionais. Esta carência torna-se particularmente relevante quando se atende ao número de professores doutorados. Em Janeiro de 1993 havia cerca de 3.800 doutorados, calculando-se cerca de 6.000 em 1997/98 (13). Apesar de o seu número ter aumentado significativamente nas duas últimas décadas, o rácio médio nacional nos finais de 1994, nas Universidades públicas, era de um professor doutorado para cerca de 47 alunos (4). Taxas elevadas de *repetência*, exagerado número de abandonos de estudos e uma sugerida fragilidade na formação (8) são, em conjunto, indicadores de que algo não está bem no ensino superior.

Adicionalmente, grande parte dos cursos das universidades particulares estão a ser leccionados por docentes das instituições públicas, o que levanta questões delicadas entre ambas as partes, além de pôr em dúvida a viabilidade real das instituições particulares, que dispõem de muito poucos docentes próprios. A situação justificou uma recente posição normativa do CRUP (14). Estas recomendações estão a ser acompanhadas pelo Ministério da Educação com vista à identificação dos docentes que prestam serviço simultaneamente em universidades públicas e privadas, sem que essa colaboração tenha sido autorizada ou esteja definida por acordos de cooperação inter-institucionais.

Por conseguinte, além das deficiências quantitativas que possam persistir, há motivos para afirmar que a eficácia do ensino superior também estará limitada por insuficiências qualitativas, umas e outras dependentes de soluções políticas de fundo (15).

Formação e saídas profissionais

Embora significativamente favorável, a evolução do panorama educacional português, em particular no que se refere ao ensino superior, continua bastante aquém da evidenciada pelo conjunto dos países da União Europeia. Em 1993, enquanto nos países do Norte da Europa cerca de 20% da população era titular de formação superior, em Portugal ficava-se por uns escassos 4% (5).

Entretanto, a taxa bruta de escolarização (que relaciona a população com idade para frequentar o ensino superior e o número de alunos matriculados) aumentou de aproximadamente 4% em 1960/61 para 8,5% em 1970/71, 11,7% em 1980/81 e 23% em 1990/91 (na faixa dos 18 aos 23 anos). Desta progressão resulta que apenas em três décadas o número de alunos matriculados no ensino superior (oficial e particular) aumentou de cerca de 28.000 para 183.000 (1).

Prevê-se que a procura do ensino superior continue em ascendente, atingindo cerca de 340.000 inscritos e 38.000 licenciados no ano lectivo de

2004/2005. Isto significa que entre 1990 e aquela data é possível que a percentagem de licenciados em Portugal passe para 11 a 12% (13).

O aumento do número de diplomados arrasta consigo, potencialmente, o problema das saídas profissionais. Numa primeira fase, com a forte expansão económica registada na década de 80, em particular após a integração de Portugal na União Europeia, sobrevieram desacertos entre as exigências de mercado e a disponibilidade em licenciados com formação requerida. Daqui resultaram carências em algumas áreas de qualificação, a par com excesso de oferta noutras. A situação foi sendo genericamente equilibrada pela diversificação do aumento da formação em alguns domínios mais desfavorecidos, mas persistem dificuldades de correcção nos sectores em que a oferta excede demasiado a procura (4).

A formação superior em “banda estreita”, embora vá ao encontro das necessidades mais agudas do mercado de trabalho, poderá conduzir ao desemprego ou sub-emprego se não for rigorosamente condicionada por restrição nas admissões ou substituída por cursos menos especializados, deixando o ensino das especificidades de cada ramo para a pós-graduação. O Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas (CRUP) considera esta última hipótese vantajosa, por conduzir à redução significativa do leque de cursos e licenciaturas disponibilizados actualmente no País (16).

Em 1997/98, uma fracção significativa das vagas disponibilizadas pelas universidades públicas e privadas ficou por preencher em determinados cursos em que existem reconhecidas dificuldades de saída profissional. Isso não obsta a que noutros casos, como no curso de medicina, continue a haver largos excedentes de candidatos que ficam sem lugar. Resulta daqui que a tendência para a expansão do ensino superior tende a tornar-se selectiva. Além de ser motivo de justificado pesar para os candidatos que não têm acesso, não obstante detentores de classificações elevadíssimas, também representam um revés para os seus familiares mais directos, transformando uns e outros em fontes de pressão e de descontentamento, com eco *junto* da opinião pública e dos órgãos políticos.

Admitindo-se que está a finalizar a fase de *massificação* do ensino superior surge agora o risco de encaminhamento para algumas saídas profissionais ainda com perspectivas sócio-económicas atraentes. Naturalmente que esse realinhamento das expectativas, a ser contemplado por uma eventual abertura de vagas nas universidades públicas e/ou privadas, conduzirá também à rápida saturação do mercado de trabalho nesses sectores, como as que existem nas áreas das Humanidades, Direito e nalguns sectores da Gestão (17).

A ser assim, há justificação para questionar a política da expansão indiferenciada do ensino superior, de modo introduzirem-se alternativas profissionais quando a procura começa a ficar aquém da oferta. Adicionalmente,

justifica-se uma ponderação sobre as consequências da *massificação* do ensino na qualidade da formação. Nas áreas do conhecimento em que a eficácia profissional depende de um ensino muito tutelado, aquele excesso tem conduzido a resultados particularmente desastrosos. O Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas vem alertando sobre os níveis insustentáveis do insucesso escolar verificado em algumas áreas do ensino superior, em parte resultante dos problemas referidos (11). Numa perspectiva mais alargada, aquele tipo de problemas poderá conduzir a dificuldades de integração e de competitividade profissional, além de criar potenciais obstáculos à mobilidade transnacional.

Com a integração de Portugal na União Europeia em 1985 e, posteriormente, pelos acordos firmados no tratado de Maastricht, em 1991, qualquer cidadão dos diversos países signatários adquiriu direitos acrescidos, entre os quais o de exercer uma profissão reconhecida, isto é, creditada por organismos nacionais próprios (18). Como princípio estabelecido, o reconhecimento das profissões e dos diplomas universitários é recíproco entre os países de origem e de acolhimento. Todavia, o não cumprimento dos critérios qualitativos e quantitativos a que deve obedecer a formação para determinados cursos profissionais poderá constituir, no âmbito do espaço europeu, um importante obstáculo sócio-económico, com repercussões negativas no acesso ao mercado de trabalho pelos diplomados sem as qualificações estabelecidas.

Repercussões no ensino médico

A estratégia para o ensino superior foi durante bastante tempo orientada por critérios essencialmente utilitários que, de certo modo ainda persistem. Por um lado, o número de novos profissionais formados nas universidades (e institutos politécnicos) era razoavelmente equilibrado pelo poder público em função das necessidades do mercado de trabalho. Por outro lado, a formação e o treino desses profissionais eram orientados para as exigências em causa. Através dessa política economicamente conservadora era sustido o desemprego qualificado e, em simultâneo, ficavam satisfeitas as aspirações básicas de sociedades pouco exigentes. O *numerus clausus* instituído (e rigidamente mantido em algumas das áreas do ensino superior) tem funcionado como que uma válvula de segurança adicional do sistema educacional, restringindo o acesso a uma fracção reduzida dos que se candidatam anualmente a esses cursos.

O curso de licenciatura em Medicina exemplifica as vantagens e desvantagens do condicionamento de acesso ao ensino universitário.

Em 1960 havia em Portugal pouco mais de 7.000 médicos a exercer clínica. Entre outras razões apresentadas para tal carência estava a falta de atractivos da clínica médica, que afastava os jovens para outras profissões

mais promissoras e menos cansativas (19). Adicionalmente, nessa época somente uma percentagem reduzida da população tinha assistência médica assegurada pelo Estado, estando grande parte dos recursos humanos e técnicos concentrados nas três principais cidades do país. Tal situação de desequilíbrio assistencial estava na origem de elevada percentagem de mortalidade materno-infantil e de falecimentos sem assistência médica, particularmente nas áreas rurais. Além da falta de médicos, aquelas áreas careciam de condições elementares para o exercício da clínica (20).

Não obstante aquele cenário, havia quem referisse a existência de uma plethora de médicos e propusesse a restrição do acesso às faculdades, talvez devido a dificuldades de compensação financeira sentidas pelos clínicos que se aglomeravam nos centros universitários (21). Todavia, a opinião generalizada parecia muito diferente, sendo expressa de viva voz pelo Professor Miller Guerra ao afirmar que “o que havia e há é excesso de doentes sem médicos para cuidar deles” (22). Talvez por não haver alterações sensíveis nas perspectivas de ensino e no quadro assistencial em vigor, o desinteresse dos jovens pela medicina persistiu até metade da década de 60, justificando que nesse período o número de licenciados se mantivesse estável (Tabela III).

Tabela III – Recursos Humanos e Cobertura Médica Nacional

Ano	Número total de médicos	Habitantes por médico	Médicos por 100.000 habitantes
1960	7.075	1.256	79,6
1965	7.820	1.147	87,2
1970	8.156	1.056	94,7
1975	11.101	839	119,3
1980	19.327	508	196,8
1985	24.629	407	245,9
1994	29.031	341	292,9

Fontes: Departamento de Estudos e Planeamento de Saúde, do Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Estatística.

Porém, na sequência de um período de alguma turbulência política e de indefinição logística, que se arrastavam desde os finais dos anos sessenta, foi aumentando progressivamente o número de alunos nas três faculdades de medicina então existentes no País (23). As instituições de ensino foram literalmente inundadas de alunos, para os quais não havia nem instalações, nem docentes, nem equipamentos educacionais. Daqui resultou o desdobramento da Faculdade de Medicina de Lisboa (que em 1972/73 tinha 4.235 alunos inscritos) para o pólo do Campo Santana (24), posteriormente autonomizado

como Instituto de Ciências Biomédicas de Lisboa, integrado na Universidade de Lisboa (25). Na mesma data foi criado o Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade do Porto, alargando-se assim para cinco o número de instituições públicas de ensino médico. Em 1977, o Instituto de Ciências Biomédicas de Lisboa é convertido em Faculdade de Ciências Médicas, transitando para a Universidade Nova de Lisboa (25).

O alargamento (de emergência) do número de centros de ensino médico não resolveu a situação. Além daquelas duas novas instituições terem sido instaladas em edifícios readaptados, houve que recorrer a docentes (particularmente das ciências básicas e pré-clínicas) que já desempenhavam funções nas Faculdades de Medicina originais e foi indispensável recrutar múltiplos clínicos que prestavam serviço em diversos hospitais de Lisboa e Porto, na generalidade sem qualquer experiência lectiva. Daqui resultou uma situação muito crítica entre 1975 e 1977, quando, na sequência da legislação publicada, foram extintos os hospitais escolares, sendo o ensino clínico afectado a qualquer hospital e a qualquer médico que aí desempenhasse funções, independentemente das respectivas qualificações académicas, experiências directas e/ou motivações. A degradação educacional resultante da plethora de alunos, da carência de condições, a par com a confusão reinante no ensino clínico, em que se multiplicavam as aprovações administrativas, suscitou grande apreensão por parte de alguns núcleos responsáveis acerca do nível de preparação e do futuro profissional dos médicos licenciados em tal cenário.

Não obstante o *numerus clausus* ter sido instituído em 1977 (10), o total de admissões em Medicina manteve-se elevado por mais alguns anos. Tomando como exemplo (Tabela IV) a evolução de inscrições na Faculdade de Medicina de Lisboa (FML), verifica-se que o número oficial de admissões no 1º ano, fixado pelo Ministério da Educação foi, durante vários anos (entre 1979/80 e 1983/84), sistematicamente superior ou muito superior ao que havia sido proposto pela FML. Paradoxalmente, nos quatro anos seguintes sucedeu o inverso, isto é o número fixado pelo Ministério da Educação foi inferior ao indicado pela FML.

Entretanto, devido àquele conjunto de circunstâncias, generalizado às restantes Faculdades de Medicina nacionais, o número de licenciados em Medicina duplicou entre 1970 e 1980, quase quadruplicando até 1997. Em consequência, que os indicadores de cobertura médica nacional tenham vindo a aumentar gradualmente desde a década de 70 (Tabela V), não obstante registar-se algum abrandamento desde 1989/90 Actualmente a taxa de médicos por 100.000 habitantes aproxima-se da média europeia (330,3 em 1994).

É de realçar que o total de médicos inscritos na Ordem dos Médicos supera substancialmente o dos clínicos em actividade no Sistema Nacional de Saúde (Tabela V). Este último grupo cresceu em quase 5.000 médicos em onze anos, numa média anual de 443 novos médicos. No mesmo período, o

Tabela IV – Evolução do número de alunos admitidos, inscritos e licenciados pela FML entre 1972/73 e 1997/98

	<i>Numerus clausus</i>		<i>Novos alunos no 1º ano</i>			<i>Total de novos Alunos</i>	<i>Total de Alunos inscritos</i>	<i>Total de licenciados</i>	
	Propostos	Fixados pelo ME							
		(b)			(c)				
1972/73	–	–			(a)	(a)	4.235	(a)	
1973/74	–	–			(a)	232	(a)	389	
1974/75	–	–			(a)	(a)	4.600	368	
1975/76	–	–			(a)	1441	3.505	443	
1976/77	–	–			(a)	286	3.365	545	
1977/78	(a)	250		318		(+ 68)	329	3.091	577
1978/79	(a)	225		288		(+ 63)	312	2.722	337
1979/89	100	205	(+ 105)	264		(+ 59)	280	2.674	256
1980/81	100	205	(+ 1 05)	297		(+ 92)	327	2.620	696
1981/92	100	185	(+ 85)	253		(+ 68)	294	2.190	277
1982/83	100	160	(+ 60)	230		(+ 70)	258	2.133	358
1983/84	80	115	(+ 35)	176		(+ 61)	206	1.917	308
1984/85	80	64	(- 16)	105		(+ 41)	123	1.689	267
1985/86	80	64	(- 16)	76		(+ 12)	77	1.457	314
1986/87	64	40	(- 24)	55		(+ 15)	58	1.146	211
1987/88	80	50	(- 30)	61		(+ 11)	65	941	190
1988/89	80	80	(0)	103		(+ 23)	106	820	167
1989/90	80	80	(0)	102		(+ 22)	107	738	121
	<i>Numerus clausus</i>		<i>Novos alunos no 1º ano</i>			<i>Total de novos alunos</i>	<i>Total de Alunos inscritos</i>	<i>Total de Licenciados</i>	
	Propostos	Fixados pelo ME							
1990/91	80	80	(0)	102		(+ 22)	104	695	88
1991/92	90	90	(0)	121		(+ 31)	121	726	49
1992/93	110	112	(+ 2)	143		(+ 33)	145	788	74
1993/94	110	112	(+ 2)	124*		(+ 24)	(a)	881*	83
1994/95	110	111	(+ 1)	130*		(+ 20)	139*	836*	96
1995/96	110	115	(+ 5)	135*		(+ 25)	147*	850*	89
1996/97	110	112	(+ 2)	125*		(+ 15)	135*	873*	97
1997/98	110	110	(0)	124*		(+ 14)	126	863	(a)

* Acresce ao total o contingente de alunos da Faculdade de Medicina Dentária

(a) Elementos não disponíveis; (b) Em parêntesis é anotado o diferencial entre a proposta da FML e o número fixado pelo Ministério da Educação; (c) Em parêntesis é anotado o diferencial entre os alunos que ingressaram no 1º ano e o número oficial fixado pelo Ministério da Educação.

Tabela V – Evolução da capacidade de formação médica e do número de médicos em actividade no País

Ano	Ensino médico pré-graduado			Total de médicos em actividade	
	Número de vagas/ano	Alunos Inscritos/ano	Novos licenciados/ano	Inscritos na Ordem dos Médicos	Vinculados ao Sistema Nacional de Saúde
1986/87	190	4.333	832	25.872	18.819
1987/88	240	3.727	718	26.664	18.529
1988/89	365	3.454	670	27.317	19.322
1989/90	360	3.163	476	27.902	20.118
1990/91	400	3.184	406	28.299	20.574
1991/92	445	3.147	323	28.605	20.878
1992/93	470	3.510	362	28.760	20.747
1993/94	465	3.721	406	29.121	21.513
1994/95	485	3.780	409	29.415	21.875
1995/96	475	3.888	492	29.714	22.539
1996/97	475	3.948	(a)	30.225	23.118

(a) Dados não disponíveis

Fontes: Departamento do Ensino Superior / Ministério da Educação; Departamento de Recursos Humanos / Ministério da Saúde. Ordem dos Médicos

total de vagas (e do número de internos) do Internato Geral decresceu regularmente, enquanto o total de internos no Internato Complementar aumentou entre 1885 e 1991, vindo a decrescer continuamente desde então (Tabela VI). Actualmente, do total de médicos vinculados ao Serviço Nacional de Saúde, cerca de 70% são de carreira hospitalar (cuidados secundários e terciários), 27% são clínicos gerais e 3% estão na Saúde Pública.

Desta evolução haverá a concluir que o aumento do número de médicos em actividade no Serviço Nacional de Saúde se faz à custa dos grupos etários mais avançados, que ocupam lugares de quadro (hospitalar, de saúde pública ou de clínica geral).

A tendência para o envelhecimento crescente da população médica é notória (Tabela VII), prevalecendo os subgrupos etários a partir dos 41 anos e a diminuição dos subgrupos mais jovens, que correspondem precisamente

**Tabela VI – Evolução do número de médicos
no Internato Geral e Complementar**

Total de Internos		
Ano	Internato Geral	Internato Complementar
1985	3.036	4.935
1986	2.722	4.918
1987	1.917	5.255
1988	1.587	4.830
1989	1.495	5.916
1990	1.343	5.961
1991	1.114	6.515
1992	851	6.205
1993	899	5.820
1994	928	5.552
1995	822	5.292
1996	874	5.061
Subtotais (1985-1996)	- 2162	+ 126

Fonte: Departamento de Recursos Humanos de Saúde, Ministério da Saúde

à fase dos internatos. Este facto, associado ao aumento progressivo da *feminização* da profissão e à diminuição global do número de médicos em actividade no Serviço Nacional de Saúde, irá condicionar, a breve prazo, as características assistenciais no território nacional.

De acordo com um estudo prospectivo desenvolvido pelo Ministério da Saúde (26) calcula-se que o défice de pessoal médico no Sistema Nacional de Saúde oscile por 700 efectivos/ano nos próximos cinco anos. Não havendo correcções adequadas (p. ex., no aumento do número de licenciados/ano, redistribuição de vagas para especialidades mais carenciadas) a situação agravar-se-á até ao ano 2020, quando ocorrerem as aposentações dos grupos etários mais avançados (Tabela VII). Relativamente às cerca de 290 aposentações/ano previstas de 1998 e 2007, são perspectivadas cerca de 725 aposentações/ano entre os anos 2008 e 2017. Nesta circunstância, o Ministério da Saúde (26) propõe o aumento imediato do *numerus clausus* nacional para 125 candidatos adicionais/ano.

Tabela VII – Comparação entre o total de novos licenciados e a evolução dos grupos etários mais avançados de médicos inscritos na Ordem dos Médicos

Médicos Inscritos na Ordem dos Médicos, por grupo etário (%)						
Ano	Novos Licenciados	41-45 Anos	46-50 Anos	51-55 Anos	> 56 Anos	Subtotal
1989	670	10,9	5,4	4,9	17,5	38,7
1990	475	12,4	5,8	4,9	18,0	41,1
1991	406	13,8	6,3	5,0	18,2	43,3
1992	323	15,4	7,5	4,9	18,7	46,5
1993	362	17,7	8,8	5,0	18,8	50,3
1994	406	19,7	10,2	5,1	19,0	54,0
1995	409	22,0	11,6	5,4	19,4	58,4
1996	492	24,2	13,3	6,4	19,7	63,6

Fonte: Ordem dos Médicos.

Porém, o alargamento das vagas reclamado pelo sector da Saúde e (por razões diversas) pelos candidatos que, ano após ano ficam de fora das faculdades de medicina, não é aceite pacificamente por estas últimas instituições. Entre outras justificações, múltiplas vezes adiantadas junto do poder político e autoridades académicas, as faculdades de medicina alegam (e demonstram) não terem condições funcionais nem recursos para assegurarem a qualidade da formação médica actualmente desenvolvida (27). A ser imposto administrativamente qualquer aumento, isso significará a rotura de um sistema em equilíbrio precário há anos, com retorno às deploráveis condições do ensino médico (e consequências práticas ainda presentes) vividas na década de 70.

Por sua vez, há razões para supor que as carências funcionais, declaradas e perspectivadas no Sistema Nacional de Saúde, sejam mais uma consequência da desregulação ou desequilíbrios transitórios de eficácia do que de uma deficiência global dos efectivos médicos (e paramédicos). Para esta hipótese poderão contribuir dois argumentos principais, fundamentados em estudos nacionais e relatórios internacionais. O primeiro desses estudos foi preparado e divulgado recentemente pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), a propósito do Plano Director Regional dos Hospitais (28). Nesse documento confirma-se a persistência de um desequilíbrio na cobertura médica, a que o Relatório das Carreiras Médicas já fazia referência em 1961 (19). A par com hospitais sobrecarregados com a prestação dos mais diversos cuidados de saúde, existem outros parcialmente encerrados por falta de doentes e/ou, especialmente, de médicos (28). Tam-

bém a criação de novas valências hospitalares “*tem acontecido um pouco ao sabor de razões conjunturais, que pouco têm a ver com uma estratégia definida e destinada a cumprir determinados objectivos na área assistencial hospitalar do Serviço Nacional de Saúde*” (28). Em parte talvez por persistirem dificuldades inaceitáveis na qualidade de vida e/ou de recursos funcionais, continua a haver muito pouca disponibilidade dos médicos em se fixarem longe dos grandes hospitais e centros urbanos. Por essas e outras razões há muitos lugares vagos por preencher, quer nos hospitais quer nos centros de saúde mais periféricos do País.

Tendo em conta a dotação do quadro e o pessoal efectivamente em exercício de funções (Tabela VIII), é referido um excesso de 1.537 médicos (37,4% do quadro) vinculados à ARSLVT. Conclui-se que o quadro médico, apesar de subdimensionado, continua por preencher em cerca de 25%. Entretanto, o serviço excedente é desempenhado por médicos supranumerários, que totalizam cerca de 62% da dotação do quadro. Ou seja, não parece haver excedente de médicos (excepto em algumas especialidades e sub-especialidades) mas somente uma desactualização do provimento e do total de vagas necessárias.

Tabela VIII – Distribuição do pessoal médico hospitalar na ARSLVT (em 31 de Dezembro de 1995)

Situação	No Quadro	Além Quadro	Em Funções
Dotação	4.105	—	—
Lugares ocupados	3.096	2.596	5.642
Lugares vagos	1.009	—	—

Fonte: Direcção dos Recursos Humanos da Saúde, Ministério da Saúde.

O relatório de 1998 da *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) vem confirmar a necessidade de uma profunda reforma do sistema de saúde nacional, em que se inclui obrigatoriamente a correcção de algumas variáveis, como a da prestação de serviços clínicos e a racionalização dos gastos com a saúde (29). Não obstante ter havido substancial melhoria nos indicadores de saúde, relativamente à dos restantes países da OECD, os resultados referidos a 1995 e 1996 evidenciam heterogeneidades geográficas internas superiores aos inter-países do espaço europeu. Assimetrias notáveis na densidade clínica e no número de camas hospitalares/1000 habitantes contribuíam obrigatoriamente para as disparidades regionais detectadas. Por exemplo, a par com regiões muito desfavorecidas, como o Alentejo e Algarve, a região de Lisboa e Vale do Tejo caracteriza-se

por indicadores muito semelhantes às da média europeia, designada mente quanto à densidade de médicos (e enfermeiros) e camas hospitalares. Na globalidade, porém, a densidade médica registada em Portugal em 1995 (30/1000 habitantes) era ligeiramente superior à média de outros países (Tabela IX), com destaque para uma larga proporção de especialistas. Tomando em conta a variação do número de médicos em actividade nos hospitais e centros de saúde do Sistema Nacional de Saúde, entre 1990 e 1996 (Tabela X), é nítido o aumento (60,7%) de especialistas do quadro hospitalar, a par com a redução do número de internos e uma subida mais lenta do número de clínicos gerais (13,2%).

Tabela IX – Comparação do número de médicos em Portugal e outros países

Países	Densidade médica/1.000 habitantes	Proporção de especialistas
Portugal	3,0	66
Espanha	4,1	—
Itália	1,7	—
Grécia	3,9	56
França	2,9	49
Irlanda	1,7	17
Alemanha	3,3	60
Inglaterra	1,6	—
Suécia	3,1	—
Dinamarca	2,9	—
E.U. América do Norte	2,6	51

Fontes: Organização Mundial de Saúde (Health for All 2000), OECD Economic Survey – Portugal 1998.

Destas observações destaca-se o envelhecimento progressivo do pessoal médico em funções no Serviço Nacional de Saúde, aumento desproporcionado dos especialistas hospitalares relativamente aos clínicos gerais, e uma desigualdade de distribuição geográfica pelas várias regiões do país. Não havendo globalmente falta de médicos haverá, porém, uma baixa eficiência na sua utilização.

Entretanto, é de referir que os gastos totais com a saúde em Portugal são superiores aos da média europeia (29). Apesar dos progressos registados em diversos indicadores, os resultados nacionais (em valor absoluto) estão abaixo de muitos outros países. Esta discrepância torna-se particularmente notada em comparação a países que conseguem resultados superiores com recursos

Tabela X – Variação do número de médicos em Hospitais e Centros de Saúde do SNS entre 1990 e 1996

Ano	Internos (a)	Quadro Hospitalar (b)	Função Hospitalar (a + b)	Clínica Geral
1990	7.304	5.672	12.976	6.232
1996	5.935	9.114	15.049	7.052
Variação (1996-1990)	- 1.369 (18,7%)	+ 3.442 (60,7%)	+ 2.073 (16%)	+ 820 (13,2%)

idênticos destinados aos respectivos serviços de saúde. Por conseguinte, também aqui a causa parece residir num sistema funcional inadequado e pouco eficiente, com grandes distorções e gastos supérfluos. O facto de metade dos médicos do Serviço Nacional de Saúde prestar serviço simultaneamente no sector privado, e vice-versa, tem contribuído para a duplicação das despesas, sem benefícios aparentes para o sistema (29).

Aguarda-se que a situação seja corrigida em futuro próximo, com base em decisões governamentais de fundo (30) e normas recém-estruturadas no âmbito do Ministério da Saúde (31, 32).

Será porém indispensável que a adaptação do sistema de saúde às novas realidades seja acompanhada também por ajustamentos indispensáveis nas condições funcionais e recursos, há muito requeridos pelas instituições de ensino médico. Esta realidade fundamenta-se no axioma de que a melhoria da assistência médica é o resultado de uma melhor educação médica, em que as qualificações, as capacidades evolutivas e de adaptação, e o desenvolvimento humanístico do futuro médico assumem importância fulcral para as exigências ou solicitações da sociedade que se antevê.

Agradecimentos

Às Senhoras Elisa Silva, pela ajuda inestimável na listagem dos registos académicos da FML, Ana Cristina de Sá pela preparação dactilográfica do texto, Anabela Faia e Paula Melo, pela colaboração na recolha de elementos informativos junto das várias fontes.

Bibliografia

- 1 – “A Situação Social em Portugal: 1960-1995” (Organização: A. Barreto; Colaboração: C. Valadas Preto, J. Ferrão, M.J. Valente Rosa, M. Filomena Mónica, J. Silva Lopes, H. Medina Carreira, H. Nascimento Rodrigues). Ed: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 1996.
- 2 – Reis J – “O Atraso Económico Português, 1850-1930”. Ed: Imprensa Nacional Casa da Moeda, Lisboa, 1993.
- 3 – Lei nº 5/73, de 25 de Julho.
- 4 – UNESCO: “Desenvolvimento da Educação”. Relatório Nacional de Portugal (Conferência Internacional da Educação, 458 sessão, Genebra 1996). Ed: Gabinete dos Assuntos Europeus e Relações Internacionais do Ministério da Educação, 1996.
- 5 – Lei nº 46/86, de 14 de Outubro.
- 6 – OECD Indicators. “Education at a Glance”, 1993.
- 7 – UNESCO – “Educação: Um Tesouro a Descobrir”. Relatório da – Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. Edições ASA (Colecção Perspectivas Actuais/Educação), 1996.
- 8 – Barreto A. “Questões Actuais da Universidade”, Coimbra, 1989.
- 9 – “O Desenvolvimento do Ensino Superior em Portugal. A PGA e os Estudantes Ingressados no Ensino Superior”. (Coordenação: M. Braga da Cruz e M.G. Cruzeiro; Colaboração: E. Leandro, N. Matias, J. Sedas Nunes). Ed: Departamento de Programação e Gestão Financeira do Ministério da Educação e Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 1995.
- 10 – Decreto-Lei nº 397/77, de 15 de Setembro
- 11 – Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas: “Repensar o Ensino Superior – I. Diversificação, Mobilidade e Organização Curricular”, Maio de 1996.
- 12 – “Estatísticas da Educação 95”, Ed: Departamento de Avaliação, Prospectiva e Planeamento, Ministério da Educação, 1997.
- 13 – “Prospectiva do Ensino Superior em Portugal”, (Coordenação e síntese de J. Mariano Gago), Instituto da Prospectiva, Ed: Departamento de Programação e Gestão Financeira do Ministério da Educação, 1994.
- 14 – Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas: “Normas para a Colaboração entre Instituições do Ensino Superior em Portugal” (10 de Maio de 1996 e 17 de Fevereiro de 1997).
- 15 – Queirós JF – “A Universidade Portuguesa. Uma Reflexão”. Ed: Gradiva-Publicações, Lda., Lisboa, 1995.
- 16 – Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas: “Repensar o Ensino Superior – III – As Funções da Universidade numa Sociedade em Mudança”, Julho 1997.
- 17 – Bessa D – “O Público e o Privado”, Boletim da Universidade do Porto, 1992; 2: 31-36.

- 18 – Parlamento Europeu: “50 Anos de Europa”. Ed: Gabinete em Portugal do Parlamento Europeu, 1997.
- 19 – “Relatório sobre as Carreiras Médicas”, Ordem dos Médicos, Lisboa 1961.
- 20 – Castro Soares AB, Cayolla da Motta L – “Mortalidade Geral Infantil, Neo-Natal, Peri-Natal e Proporcional (Acima dos 50 Anos) e Doenças de Notificação Obrigatória em Portugal Metropolitano, Durante o Ano de 1959 e no Decurso do Decénio 1950-1959”. Boletim dos Serviços de Saúde Pública, Janeiro-Março, 1960.
- 21 – Pires de Lima A – “Discurso Inaugural” (na presidência da Secção Regional do Porto da Ordem dos Médicos), A Medicina Contemporânea. nº 10, 1939.
- 22 – Miller Guerra J – “A Política de Saúde”. Actas do IV Congresso das Misericórdias 111, 1960.
- 23 – Celestino da Costa J – “As Escolas Médicas e a Evolução Universitária”. O Médico 1977; 83: 15-23.
- 24 – Torres Pereira A. “A 2ª Faculdade de Medicina de Lisboa. Subsidio para a História da Reconstrução da Faculdade de Medicina do Campo Santana”. O Médico 1974; 73: 79-89
- 25 – Esperança Pina JA – “Ensino da Medicina em Portugal”. Lisboa, 1988.
- 26 – “Médicos em Portugal: Situação e Tendência Evolutiva. Contributo para o Plano Estratégico do Ensino”. Documento de estudo (1ª versão). Direcção de Recursos Humanos, Ministério da Saúde, Janeiro 1998.
- 27 – “Exposição das Escolas Médicas ao Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas”. Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Médica 1997; 7: 10-16.
- 28 – “Plano Director Regional dos Hospitais 1997”, Documento de trabalho (1ª versão). Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Ministério da Saúde, Novembro 1996.
- 29 – “OECD Economic Survey – Portugal, 1998”
- 30 – “Pacto de Concertação Social”, Conselho Económico e Social, Dezembro 1996.
- 31 – “Estratégia para a Saúde 1998-2002”, Direcção Geral de Saúde, Ministério da Saúde, 1997
- 32 – “Reflexão sobre a Saúde – Recomendações para uma Reforma Estrutural” – Conselho de Reflexão sobre a Saúde, Ministério da Saúde, 1998.

Caminhos para a Formação Superior na Europa do Conhecimento*

A origem do processo de Bolonha

O dia 19 de Junho de 1999 ficará definitivamente na história da Europa contemporânea, como a data da criação formal de um espaço educativo comum e a da fixação da meta para uma desejada dimensão europeia do ensino superior, a ser concretizada até ao fim da presente década (1).

Através da declaração conjunta subscrita em Bolonha, os 29 ministros da Educação presentes deram um passo de gigante para a consolidação de uma matriz múltipla de povos e estados com perspectivas e interesses convergentes em política educativa.

Na verdade, a génese do movimento que originou não só a *Declaração de Bolonha* como ainda um conjunto diverso de comunicados e recomendações emanadas de reuniões subsequentes, teve origem na comemoração do nono centenário da mais antiga universidade da Europa, que é exactamente a de Bolonha (2). Ao proclamarem a *Magna Carta Universitária*, os reitores das universidades europeias presentes em Bolonha, em 18 de Setembro de 1988, definiram os grandes objectivos, princípios gerais e meios efectivos a utilizar para uma almejada cooperação alargada a todas as nações europeias, na qual as universidades deveriam assumir uma activa participação na mudança e internacionalização da sociedade, sendo os centros dinamizadores da criação, difusão e desenvolvimento do conhecimento científico, tecnológico e cultural. Adicionalmente, foi naquela ocasião reiterado o tradicional incentivo à mobilidade de professores e estudantes, o apoio à equivalência de títulos, classificações e estatutos, e a concessão de bolsas para formação.

Dez anos mais tarde, em 25 de Maio, na Sorbonne, também na comemoração da fundação do nono centenário da Universidade de Paris, foi con-

* A – In: Revista da FML 2003; Série III; 8(3): 111-114.

Texto publicado como prefácio de “*Orientações para o Ensino Superior no Espaço Europeu, 1998/2002*”, Série Estudos e Documentos da FML, Volume 5, Outubro 2002.

sagrado o grande objectivo da *Europa do Conhecimento*, a ser definido essencialmente pelas universidades dos países integrantes nas diversas dimensões implícitas: intelectuais, culturais, sociais e técnicas (3). Para tal haveria que fomentar a mobilidade dos estudantes e professores fora das fronteiras nacionais, dando-lhe a possibilidade de conhecerem diferentes condições de trabalho e de aprendizagem, outras realidades sociais e, sobretudo, a de procurarem a sua realização plena numa diversidade de condições e meios internacionais. Foi também reconhecida a existência de obstáculos próprios dos sistemas educativos, a serem solucionados quer no âmbito da formação inicial, avançada e ao longo da vida, quer do respectivo reconhecimento internacional através do uso de créditos validados por todos os intervenientes. No propósito de se harmonizar a macroestrutura dos graus e ciclos de cada país, através de um quadro comum de referências em que se fundamenta o conhecimento da formação adquirida em mobilidade transnacional, a declaração conjunta de Sorbonne representou o repto lançado pelos quatro ministros de Educação presentes para que, com os outros estados membros da União Europeia e de outros países europeus, fosse criada uma área europeia de ensino superior para interacção e partilha de objectivos e interesses educativos, em benefício da Europa e dos seus cidadãos. O desafio foi escutado e imediatamente aceite. Menos de um mês mais tarde tinha lugar a reunião de que emanou a Declaração de Bolonha.

De 1999 até hoje multiplicaram-se as reuniões, demonstrativas da adesão entusiástica dos professores e alunos de dezenas de países europeus à ideia de uma *Europa do Conhecimento sem Fronteiras*.

A cimeira de Praga, em 19 de Maio de 2001 (4), reuniu os ministros responsáveis pelo ensino superior de 32 países subscritores. Portugal esteve representado, assim como já sucedera dois anos antes em Bolonha. Foi reafirmado o compromisso da criação de uma área europeia para o ensino superior até 2010 e houve a oportunidade de apreciar o estado da concretização dos seis objectivos do processo de Bolonha, designadamente: (a) adopção de um sistema de graus inteligíveis e comparáveis; (b) adopção de um interesse baseado essencialmente em dois ciclos principais; (c) estabelecimento de um sistema de créditos; (d) promoção da mobilidade; (e) promoção da cooperação europeia na garantia da qualidade e (f) promoção da dimensão europeia no ensino superior. A cimeira considerou serem também prioridades a desenvolver a promoção da aprendizagem ao longo da vida e a consolidação de parcerias privilegiadas com as instituições de ensino superior e com os estudantes, para a criação de uma *Área Europeia de Ensino Superior* que, sem intuitos homogeneizadores, preservasse a diversidade e a complementaridade das Instituições e programas.

Uma nova reunião de acompanhamento está prevista para Berlim, em 2003, a fim de serem avaliados os progressos e definir prioridades para as fases subsequentes do processo.

Os problemas em discussão

A interpretação dos princípios objectivados no processo de Bolonha não tem sido consensual. Começando pela mobilidade externa e interna, habitualmente enquadrada no programa Erasmus, há a reconhecer que constitui um pesado encargo financeiro para cada Estado e, talvez por essa razão (mas também por motivos de comodidade pessoal, sem falar nas dificuldades de integração), ainda não envolve mais do que uma ínfima percentagem da população estudantil. Por sua vez, ainda está por demonstrar que a empregabilidade em futuro próximo venha a ser facilitada em países de emigração com fundamento na equivalência e formação curricular em países diferentes. Entretanto, o aumento da competitividade global, a maior comparabilidade dos graus e a transparência da formação adquirida são motivos mais plausíveis e, decerto, aceitáveis sem grande contestação.

Muito mais do que analisar isoladamente cada um dos pressupostos do processo de Bolonha para se antecipar a sua credibilidade ou justeza, o que está em causa é a criação de uma verdadeira Comunidade de cidadãos, com níveis de formação qualificada e reconhecida por todas as partes. Acima de tudo, trata-se de um processo de partilha a basear na confiança recíproca, pela qual cada Estado aceita como de boa qualidade (desejavelmente idêntica à de que é responsável) a formação apresentada pelos cidadãos de todos os outros Estados integrantes da Área Europeia de Ensino Superior. Nesse pressuposto, todos os cidadãos estão teoricamente autorizados à livre circulação, empregabilidade e participação profissional em cada um dos sectores e Estados da *Europa do Conhecimento*. Para aquela finalidade última, a harmonização de diferentes sistemas de ensino superior e de diversas formações, bem como o reconhecimento recíproco da mesma, representam aspectos essenciais a resolver até 2010.

Em consequência, diversos países iniciaram a reforma dos respectivos sistemas de formação de ensino superior em dois ciclos, uma para a pré-graduação (com duração típica de 3 ou 4 anos, equivalente a 6 semestres e 180 unidades de crédito ou 8 semestres e um total de 240 unidades de crédito, ECTS). Os limites de 3 ou 4 anos para o primeiro ciclo da pré-graduação não são porém aceitáveis para as exigências da formação a ministrar em Medicina, Veterinária, Engenharia ou Arquitectura.

A situação em Portugal

A aplicação do processo de Bolonha em Portugal está atrasada, relativamente ao que se conhece nos principais países europeus. Ainda antes de Bolonha o Conselho Nacional de Educação limitara-se a aprovar, em 1993 (5) e

1995 (6), a substituição dos graus de bacharelato e licenciatura por um Diploma de Estados Europeus. Esta posição não acolheu apoios substantivos.

Em 2001, e com dois anos de atraso, o Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas (CRUP) tomou uma posição isolada sobre o assunto (7) que, além de não ter sido suficientemente discutida no meio universitário, não incluiu naquela data, como seria desejável e se afiguraria óbvio, a opinião dos responsáveis pelo ensino politécnico. Só muito recentemente (8) o Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos (CCISP) emitiu a sua posição sobre o assunto.

O parecer do CRUP vai no sentido da extinção do bacharelato como grau nacional, mantendo porém a designação do grau único de licenciatura para o 1º ciclo de formação pré-graduada, com a duração de 4 anos (mas deixando em aberto situações especiais que exigem períodos de duração mais extensos, como a Medicina). O 2º ciclo da formação conferiria o grau de mestre. Daqui resulta que o sistema nacional continuaria a ser um sistema binário (por englobar universidades e institutos politécnicos) com uma fase de estudos pré-doutorais representada por dois níveis (ou ciclos), o da licenciatura e o mestrado (cada qual baseado na duração padrão e unidades de crédito ECTS definidas pelo processo de Bolonha).

O parecer do CCISP vai no mesmo sentido, isto é, propõe um grau único para o 1º ciclo de estudos com 3 ou 4 anos de duração em todo o ensino superior, embora faça depender a sua designação de melhor análise e discussão. O grau único daria acesso ao exercício de actividades profissionais específicas, e aos graus de pós-graduação, mestrado (profissional e científico) e doutoramento, além de outras formações pós-graduadas de natureza profissional, não conducentes de grau.

Muito recentemente (9) o Conselho Nacional de Avaliação do Ensino Superior (CNAVES) publicou um parecer sobre o sistema e graus do ensino superior, propondo: (a) a supressão de um dos graus de graduação para o 1º ciclo; (b) a designação do grau único como licenciatura; (c) a duração padrão para o grau único de graduação de 3 a 4 anos ou 180 a 240 unidades de crédito ECTS; (d) a necessidade de identificação e organização especial de formações dirigidas ao exercício da profissão que, por constrangimentos legais, não se enquadram no padrão geral; (e) definição das condições de acesso, orientação de conteúdos e duração dos cursos de mestrados e (e) definição e organização dos estudos de doutoramento e das condições de acesso.

A situação em Medicina

Não há ainda debate suficiente e, por isso, propostas credíveis que se apliquem ao enquadramento da formação em Medicina.

De acordo com as directivas comunitárias (10), o curso de Medicina requer um mínimo de 5500 horas de escolaridade com 6 anos de duração, pelo que ou é mantido o esquema antigo ou, em alternativa, é adoptado um programa longo de 6 anos conducentes directamente a grau de mestre. Em outros domínios ambas as hipóteses estão a ser contempladas em diversos países da União Europeia.

A Sociedade Portuguesa de Educação Médica (11) tomou a iniciativa de lançar as bases para uma discussão a nível nacional sobre a estrutura e o modelo de inserção da formação médica no quadro do processo de Bolonha.

Todavia, até à data, não existem propostas sobre o assunto, em grande parte por não haver conhecimento suficiente do mesmo por parte das Instituições da área médica ou dos seus membros e, por outro lado, pela natural inércia de ambas as partes sobre aspectos que se lhes afigurem irrelevantes e ou não colidem com interesses instalados. É de prever que com o aumento da internacionalização do emprego, de que são exemplos em Portugal o crescente afluxo de médicos estrangeiros de países com excedentes profissionais, para colmatar lugares vagos em unidades de saúde nacionais, bem como a inscrição de alunos portugueses em cursos de medicina estrangeiros, a par com o número crescente de pedidos de equivalência profissional de médicos estrangeiros que pretendem fixar residência e exercer no nosso país, constituirão núcleos de pressão a suscitar uma melhor atenção das autoridades e das instituições para a realidade em que se tornou a Área Europeia do Ensino Superior, extensiva também à Medicina, como formação e como profissão.

A situação na FML

Entretanto, a Faculdade participa desde 1996 num projecto que visava, inicialmente, a organização de um programa comum a dezenas de unidades universitárias europeias no domínio da Bioquímica e da Biologia Molecular, para fomento da preparação em Biotecnologia nas Faculdades de Medicina, interessadas. O projecto seria incluído no programa Erasmus mas, adquiriu outro âmbito depois da Declaração de Bolonha.

A formação foi reformulada para um curso de *Diploma Europeu em Biotecnologia*, a ser leccionado com sede em Perugia e sob a responsabilidade de um consórcio de 10 universidades europeias, em que se incluía uma portuguesa, a Universidade de Lisboa, através da sua Faculdade de Medicina. O curso incluía seis semestres, num total de 180 unidades de crédito ECTS, tendo objectivos de formação essencialmente profissional. A sua inauguração para o 1º ano decorreu em Perugia, em Setembro de 2001, ainda sem a participação formal de alunos portugueses.

Depois de obtida aprovação interna, em Comissão Coordenadora do Conselho Científico de 6 de Março de 2001, a participação da Faculdade naquele curso foi incluída no conjunto de actividades a abranger pelo Contrato de Programa de Desenvolvimento para o Ensino de Medicina na Universidade de Lisboa, aprovado pelo Governo, em 17 de Dezembro de 2001 (12).

Entretanto, por ausência de legislação adequada em Portugal que viabilizasse aquela participação, houve que reformular a proposta como *Curso de Bacharelato em Biotecnologia* para ressalva da participação dos alunos nacionais naquele Diploma Europeu e, dessa forma, foi obtida a sua aprovação em Conselho Científico do Senado da Universidade de Lisboa de 18 de Maio de 2001, aguardando-se a sua homologação pelo Governo. A ser aprovado, o curso em referência será uma iniciativa pioneira da nossa Faculdade no âmbito de cursos europeus, cujo grau do 1º ciclo de estudos é atribuído por um consórcio de universidades europeias.

Bibliografia

- 1 – Declaração de Bolonha, 19 de Junho de 1999.
- 2 – Magna Carta Universitária, 18 de Setembro de 1988.
- 3 – Declaração de Sorbonne, 25 de Maio de 1998.
- 4 – Towards the European Higher Education Area, Praga, 19 de Maio de 1999.
- 5 – Parecer 1/93 do Conselho Nacional de Educação, Diário da República, II Série, nº 75, de 30 de Março de 1993.
- 6 – Parecer 1/95 do Conselho Nacional de Educação, Diário da República, II Série, nº 183, de 9 de Agosto de 1995.
- 7 – Posição do CRUP sobre a Declaração de Bolonha, 17 de Abril de 2001.
- 8 – Parecer do Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos (CCISP), 4 de Janeiro de 2002.
- 9 – Parecer nº 5/02 do Conselho Nacional de Avaliação do Ensino Superior, Diário da República II Série nº 71, de 25 de Março de 2002
- 10 – Comissões da Comunidade Europeia, Comité Consultivo para a Formação dos Médicos: Relatório e Recomendações sobre o Ensino Universitário no Domínio da Medicina, Documento II/F/5127/3/92 P).
- 11 – XXXIV Reunião da Sociedade Portuguesa de Educação Médica, Perspectivas para a Formação Médica no Espaço Europeu 1ª Sessão – “Compromissos e Desafios da Declaração de Bolonha”, Lisboa, 7 de Março de 2002.
- 12 – Contrato de Programa de Desenvolvimento para o Ensino da Medicina na Universidade de Lisboa, 17 de Dezembro de 2001.

Quando o Passado e o Futuro tendem a Confundir-se*

1. Em Março e Abril de 1958, faz agora 40 anos, decorreu na Faculdade de Medicina de Lisboa um ciclo de conferências sobre os “Problemas da Medicina em Portugal” Estas reuniões, que disputaram vivo interesse, estiveram na origem de debates sucessivos organizados sob a égide da Ordem dos Médicos (OM), culminando na elaboração do “Relatório sobre as Carreiras Médicas”, em assembleia-geral extraordinária da OM, em 27 de Junho de 1961. O Prof. Jorge da Silva Horta, professor catedrático da Anatomia Patológica da FML, à data também Bastonário da Ordem dos Médicos, foi um dos dinamizadores daquele Relatório (a cuja comissão de elaboração presidiu), sendo relator o Prof. João Pedro Miller-Guerra, professor agregado da FML.

2. A propósito daquela efeméride, que tão profundamente marcou a actividade médica nas últimas décadas, há algumas reflexões a reter. Em primeiro lugar, destaca-se a presença de dois representativos Mestres de Medicina portuguesa e da Faculdade de Medicina de Lisboa entre os sete membros que compunham aquela comissão, dos quais seis eram universitários que ocupavam ou vieram atingir a cátedra nas suas Faculdades. Este pormenor diz muito sobre o empenhamento individual e a credibilidade institucional em que eram tidos os docentes e as Faculdades de Medicina (com os representantes da FML em posição privilegiada), não só quanto aos problemas da formação mas também (e sobretudo) sobre as condições e finalidade última do exercício da profissão médica. A outra mensagem relevante deriva da ampla e, virtualmente unânime participação (activa e entusiástica) da classe médica, na discussão e preparação de um documento hoje histórico. Entre as dezenas de componentes nas comissões de trabalho figuravam muitos docentes das três Faculdades de Medicina que então existiam, a par com clínicos respeitáveis. Foi do esforço conjunto de médicos com níveis diferentes de actuação e responsabilidade, docentes e não docentes, clínicos de diversas especialidades e vivências, que nasceu um documento unificador

* NE – In: Agenda da FML, 1998; 76:1-2.

que, com maior ou menor dificuldade, definiu as perspectivas e a actuação profissional sistematizada dos médicos portugueses. A terceira reflexão, que é a consequência natural das anteriores, pretende salientar que foram os médicos, e somente os médicos, a avaliar e a resolver uma situação deplorável para a época e que, por razões políticas e culturais, se afigurava quase tão difícil de resolver como “dobrar o Bojador”. O poder político aceitou as razões, compreendeu o processo e aprovou as recomendações.

3. Em 1959 o Prof. Jorge Horta afirmava: *“Todos nós estamos de acordo num ponto. A Medicina que exercemos está muito aquém da praticada nos países de civilização mais avançada... Teremos de procurar os meios de possuir quadros técnicos suficientes em número e qualidade. Para tanto é necessária uma organização estruturada desde a Universidade”*. Em 1961, o Prof. Jorge Horta clarificava o seu pensamento: *“Temos de partir de um ponto fundamental... tratar os doentes com os melhores meios de que pudermos dispor e, se não dispusermos dos melhores, fazer todo o esforço para os obter, para que assim se cumpra o mais integralmente possível a nossa missão”*. No “Relatório sobre as Carreiras Médicas”, também em 1961, era salientado: *“é preciso que a esta subida de nível profissional respondam as entidades superiores com garantias equivalentes..... Enquanto se não prestar a devida atenção aos problemas da profissão médica as reformas, remodelações, programas sanitários, estão votados ao malogro....”*.

4. Quarenta anos passados sobre os primeiros debates é muito tempo, quer em termos de condições e de projecto, entretanto modificados. Justifica-se por isso uma reavaliação profunda do processo, a par com ajustamentos que a experiência e a inteligência considerem indispensáveis. Começando pelo óbvio, justifica-se averiguar se as premissas aprovadas em 1959 e 1961 como objectivos inadiáveis foram concretizadas e trouxeram os resultados esperados. Houve da parte das Faculdades de Medicina as adaptações adequadas então recomendadas? Houve da parte dos Ministérios da tutela o interesse e apoio que garantissem os ajustamentos então inadiáveis? Nenhuma das questões tem hoje resposta completamente positiva, e haverá uma “mão-cheia” de razões (boas, certamente) para explicar o insucesso. Neste aspecto talvez que o principal motivo esteja nos intervenientes individualmente e instituições com responsabilidades na formação médica – que pretenderam (sem o conseguir, naturalmente!) resolver tão complexo problema por iniciativas isoladas e descoordenadas. Ainda parafraseando o “Relatório sobre as Carreiras Médicas”, vem a propósito reiterar uma das suas afirmações, que continua tão verdadeira em 1961 como em 1998: *“A questão não se resolve entre nós (como não se resolve em parte nenhuma) com reformas unilaterais; é preciso ir mais longe, abarcando-a em toda a extensão e profundidade”*.

5. Na realidade, a formação médica e a saúde são parte indissociáveis de um conjunto que se requer harmonioso, actualizado e eficaz. Ontem como hoje e, eventualmente também, no futuro, cada médico licenciado pelas Faculdades de Medicina deverá obter competência técnica e, sobretudo, o “comportamento” próprio que, desde Hipócrates, se exige de todo o clínico. O comportamento transcende a competência técnica para incluir também as qualidades humanas requeridas (e que deverão ser cultivadas durante o curso) para se entender o significado e actuar em conformidade no âmbito do sofrimento, compassividade, solidariedade, desempenho desinteressado, respeito pela pessoa e pelas suas crenças e origens, e com a responsabilidade interiorizada dos seus actos.

6. A solução para as dificuldades que se referiam há 40 anos passou pela criação das “carreira médicas”, mas não solucionou – nem esse era o objectivo nem competência – o ensino pré-graduado ministrado nas Faculdades de Medicina então existentes. Actualmente, com cinco instituições responsáveis pela licenciatura em Medicina, e em que se antevê mais uma ou duas Faculdades a criar, o modelo de formação pouco difere, em linhas gerais, do que vigorava naquele período. Não deixa de ser paradoxal que o desenvolvimento das carreiras médicas nunca tivessem estimulado uma actualização do sistema educacional, naquela época já reclamada. Foi preciso esperar até 1988, pela “Iniciativa de Lisboa” para ser dado início a um movimento de reflexão sobre o ensino médico pré-graduado. Todavia, 10 anos depois, e não obstante estar a decorrer uma alteração do plano curricular de Medicina, ainda não foi publicada legislação que a aprove e regule. Não há (nem está previsto) qualquer organismo ou comissão que assegure a coordenação e observância do desenvolvimento da revisão curricular entre as várias Faculdades de Medicina. Continua por definir o tipo de internato médico que dará continuidade, na pós-graduação, ao novo plano de estudos. Adicionalmente, e não menos importante, continuam por resolver aspectos importantes relativos à coordenação e disponibilidade das áreas clínicas onde decorrerá o ano do estágio (profissionalizante, a desenvolver nas principais áreas médico-cirúrgicas, conforme as recomendações da “Comissão Interministerial para a Revisão do Ensino Médico”, em 1992, e “Relatório do Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico”, em 1994, ambos aprovados por despacho conjunto dos Ministérios de Educação e da Saúde), bem como aspectos administrativos limitativos que viabilizem o recrutamento de pessoal docente em quantidade, qualidade e disponibilidade indispensáveis. Tão relevante conjunto de indefinições está a causar muitas perplexidades nas Faculdades de Medicina e nos seus alunos.

7. Hoje, como há 40 anos, haverá quem acredite na resolução espontânea dos problemas. Todavia, a experiência diz-nos que a ausência de soluções reflectidas e programadas conduz a resultados distorcidos. Mais importante do que a solução será o modelo, o sistema, as perspectivas, a visão global do problema. O que obriga à ponderação do que se perspectiva como exigências e progresso da Medicina, e também do que se pretende que seja o comportamento profissional dos médicos, tanto no presente como no futuro. Há 40 anos procuravam-se soluções urgentes para que a qualidade da Medicina Portuguesa se aproximasse da modernidade. Agora, no limiar do próximo século, há que perspectivar exigências novas e antever soluções concretas para uma nova mudança. A Medicina do século XXI será muito diferente da actual. As condições da prática clínica, assim como as referências científicas, tecnológicas, sócio-económicas e éticas serão decerto diferentes das vividas no momento. A educação médica, sob a responsabilidade directa da Universidade, terá de conciliar-se com as alterações que se prevêem. Que tipo de currículo deverá ser accionado para o médico da próximo século? Em que cenário decorrerá a formação médica? Que tipo de formadores será mais adequado?

8. As Faculdades de Medicina não poderão, por si, resolver algumas das questões fundamentais, em especial as que se prendem aos recursos humanos, instalações e flexibilidade administrativa do sistema. Todavia, será indispensável, para profilaxia de “aberrações solucionadas”, que as Faculdades de Medicina sejam consultadas e a sua experiência seja respeitada, antes que as decisões se lhes antecipem.

I – CIÊNCIA E CULTURA NUMA SOCIEDADE
EM MUDANÇA

2. Formação Médica

“Criando se Destrói o que é Caduco”*

1. Em 14 de Abril de 1985, ou seja, faz agora 13 anos, a Comissão Coordenadora do Conselho Científico da FML, presidida pelo Prof. José Pinto Correia, aprovou uma proposta de alteração da alteração do ciclo clínico, designada “Reformulação do Curriculum Pré-Graduado da FML”. Previa-se então que as modificações adiantadas pudessem ter início a partir do ano lectivo de 1989/90. Ao contrário do que o título poderá sugerir, o projecto de trabalho não contemplava alterações no plano de estudos dos primeiros três anos do curso.

2. A metodologia a seguir, aprovada em sessões subsequentes por todos os grupos clínicos, baseava-se em pressupostos e objectivos fundamentais, com destaque para os seguintes:

- Manutenção do *numerus clausus* (cerca de 80 alunos/ano);
- Perfeita integração Faculdade-Hospital;
- Integração precoce e progressiva dos alunos na vida clínica, a ser precedida por um período de ensino formal de Introdução à Clínica;
- Prolongamento de período escolar pelo menos para 36-58 semanas/ano;
- Ênfase ao ensino das grandes áreas clínicas (sendo o ensino das especialidades predominantemente relegado para a pós-graduação);
- Utilização da avaliação contínua como rotina, e exames finais nas grandes áreas clínicas;
- Institucionalização do ensino pós-graduado;
- Desenvolvimento de um programa de investigação. Científica.

3. Alguns dos pressupostos estabelecidos requeriam atenção especial, pelo simples facto de assentarem no delicado (e instável) relacionamento Faculdade-Hospital. O êxito, pedagógico do projecto então proposto – a precoce e progressiva integração dos alunos na vida clínica – só faria sentido se

* NE – In: Agenda da FML 1998; 79:1-3.

cada aluno participasse “*de todos os actos assistenciais para uso pedagógico*”, dando ênfase à aprendizagem através da actuação profissional. A promoção da integração Faculdade-Hospital ia no sentido de “*todo o pessoal médico estar envolvido em actividades educacionais, e de todo o quadro permanente ter vínculos simultâneos à Saúde e a Educação*”. Era rejeitado o rácio docente-discente em função do número de turmas e de alunos por turma. Adicionalmente, haveria que “*garantir o tempo completo prolongado dos vários níveis do internato, alargá-lo progressivamente ao quadro clínico permanente, dotar as consultas e as urgências de condições mínimas de trabalho*”.

4. A organização do ensino proposto assentava em estágios ou blocos, com escolaridade e sequência próprias sendo o respectivo conteúdo final definido pelas partes integrantes, formação.

Todavia, esses conteúdos deveriam ser previamente clarificados, acentuando a “*formação intelectual e, de gestos e atitudes para a vida profissional*”. Numa perspectiva global pretendia-se que o ciclo clínico conferisse ao recém-licenciado as seguintes capacidades:

- Realizar a abordagem de um doente, equacionar os seus problemas e propor o seu estudo e evolução a curto e longo prazo;
- Resolver situações de emergência;
- Ter vivência tanto da medicina ambulatoria como da hospitalar;
- Estar integrado nos problemas de saúde do país e apto a contribuir para a sua solução.

O Curso terminaria com exames finais, tipo “Exames de Estado” nas seis áreas principais (Medicina, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia, Psiquiatria e Saúde Mental), em modalidades que não chegaram a ser definidas.

O projecto admitia a necessidade de “*experiências-piloto*” para pequenos grupos de alunos, a realizar em diversos serviços hospitalares, e tinha por indispensável a criação de uma comissão permanente para análise e coordenação de todo o ciclo clínico.

5. Por razões diversas, entre as quais se destacam a saída de Prof. Pinto Correia do Conselho Científico, a sua nomeação para Vice-Reitor da Universidade de Lisboa e, pouco depois, o seu falecimento prematuro, aquele projecto não foi concretizado. De todas as intenções expressas, foi unicamente possível iniciar o ensino clínico por blocos no 6^o ano em 1989/90, depois alargado ao 5^o ano em 1990/91. Entretanto, em 1986/87 havia sido começado o ensino de 11 disciplinas de opção (previstas na escolaridade do 6^o ano

aquando da respectiva revisão curricular de 1981), sendo as restantes 3 também iniciadas em 1989/90. Nesta data, o Prof. Fernando de Pádua, então presidente do Conselho Científico, anunciou a criação de uma nova comissão de reestruturação curricular para promover a recolha de eventuais propostas de inovação pedagógica ou de alteração curricular. O novo programa curricular da FML, que actualmente abrange os três primeiros anos do curso de licenciatura em Medicina, teve as suas primeiras origens naquela decisão.

6. Em Outubro de 1988, poucos meses depois do 1^o Congresso Mundial de Educação Médica, que decorrerá em Edimburgo, foi promovida a “Iniciativa de Lisboa”. Esta reunião juntou em Lisboa, pela 1^a vez, ministros da Educação e da Saúde e outros altos responsáveis pelos assuntos de Educação e Saúde dos Estados membros da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde. Foram então propostas acções de cooperação, visando uma melhoria do ensino, da assistência médica e da política da saúde, com base nos princípios da “Declaração de Edimburgo”. Em ambos os momentos foi destacado a importância actual da Saúde como matéria de grande relevo sócio-político, quer por ser um dos direitos do Homem quer por se repercutir a todos os níveis da actividade humana. Por inerência, a formação de profissionais de saúde seria uma matéria de igual importância, não só educacional como também política.

7. Todavia, os pressupostos que, em 1985, condicionavam a operacionalidade e a eficácia formativa do ciclo clínico que se propunha para a FML, continuaram por resolver até hoje, de nada valendo as boas intenções entretanto proclamadas na “Iniciativa de Lisboa”. Na origem desse malogro são identificadas duas causas principais e interrelacionadas de descoordenação, uma representada pelas unidades disponíveis para ensino clínico (enfermarias, consultas externas, centros de saúde...) e a outra pelos médicos autorizados (ou não) a prestar serviço docente. Aparentemente, há legislação abundante que salvaguarda a coordenação entre a acção assistencial e o serviço docente, apoiando também a cooperação entre as duas partes em presença nas unidades clínicas, uma de natureza assistencial e a outra de ensino/formação.

Na prática, porém, há fronteiras bem demarcadas que estão para além do bom relacionamento pessoal e da “boa-vontade” institucional. Essas fronteiras são as criadas pelas leis orgânica, pelos estatutos profissionais e, por fim, pelas estratégias e objectivos próprios dos Ministérios da (Educação e da Saúde), nem sempre coincidentes. Enquanto não houver de ambas as partes a compreensão do que é efectivamente necessário, enquanto não for criado um sistema especial visando objectivos actualmente insolúveis, não será viável nenhuma solução duradoura nem eficaz.

8. Ao contrário da que parece estar a tornar-se uma crença nacional, as Faculdades de Medicina não nasceram espontaneamente, não são instituições de “lápiz-e-papel” nem fábricas de diplomas para profissões de ocasião. Os médicos preparados para serem formadores de futuros médicos também não brotam por acaso, nem se improvisam. A situação torna-se ainda mais crítica em determinadas áreas básicas ou clínicas mais especializadas. Também não basta haver um Hospital numa povoação qualquer da País para daí se referir que nele existem condições para o ensino médico. Porém, parece que esta conclusão peregrina está também a “fazer escola” no País de hoje. Há responsáveis universitárias e regionais que proclamam (sem aparente ironia, creio) de que, havendo já ensina medicina veterinária na sua Universidade, não será difícil recrutar as docentes para a (“sua”) Faculdade de Medicina que propõem. Daqui se vê que, com alguns veterinários e mais uns clínicos “arrebanhados” em hospitais e centros de saúde de algumas cidades que se orgulham de ter universidade própria, estará tudo o que é preciso para construir uma nova Faculdade de Medicina para o século XXI, ... “À portuguesa”, claro.

9. Tendo em atenção o tipo e responsabilidade da acção profissional que os médicos exercem durante décadas da sua vida, exige-se que a sua formação pré-graduada decorra em ambientes exemplares e na presença de formadores experientes e modelares. Isto requer, necessariamente, que os formadores sejam seleccionados pelas suas qualidades profissionais e pedagógicas, sejam remunerados conforme a exigência que neles recai, que disponham de tempo para a executarem e possam exercer a respectiva actividade profissional em ambiente formativo, quer em qualidade humana, de assistência médica, de qualidade pedagógica e de vivência científica e cultural. Não será difícil compreender que os bons exemplos acabam por ser seguidos em ambientes estruturantes, sendo ignorados quando os modelos não existem ou não se conseguem impor. A inexistência de internos em quantidade e qualidade exigidas, a sobrecarga provocada pelo serviço assistencial a que são solicitados, a pressão tremenda de serviço clínico e administrativo que se abate sobretudo sobre os Hospitais Centrais que apoiam o ensino médico, a sobrelotação em espaços degradados, exíguos e/ou arquitectonicamente desajustados para funções assistenciais e de ensino, a carência e a desactualização dos serviços de apoio logístico às pessoas e património, as deficiências de segurança contra acidentes internos e/ou contaminações são, no conjunto, alguns dos constituintes mais visíveis do cenário real em que, ano após ano, se pretende ensinar bem a fazer boa medicina, ou baseado na qual sucessivas comissões de revisão curricular pretendem desenvolver um plano inovador. As questiúnculas sobre os condomínios, os atrasos na autorização para acumulação do serviço docente às funções hospitalares, as múltiplas dificuldades criadas à contratação de docentes e/ou à renovação dos respec-

tivos vínculos contratuais acabam por ser adornos de um quadro *naíve* que se pretenda comparável a um dos clássicos da pintura renascentista.

10. Naturalmente que alguns dos problemas referidos não existiriam, jamais, numa outra perspectiva cultural, em que a disciplina, o apuramento das qualidades humanas, o aperfeiçoamento profissional por aproximação sistematizada, e/ou a preparação meticulosa dos planos de acção constituem objectivos delineados desde a fase mais precoce da educação escolar. Como não é assim, algumas das situações incompreensíveis (para outros que não nós), acabam por ser entendidas como naturais e, como tal, suportadas. E, por vezes, também, conscientemente alimentadas por objectivos mais pessoais que institucionais.

11. A definição clara dos meios a disponibilizar para ensino clínico, a par com o desenvolvimento de uma articulação funcional e lógica entre os Ministérios da Educação e da Saúde, constitui uma das questões prioritárias a resolver de imediato, sem a qual nunca existirão condições para renovação curricular nem para uma formação médica de qualidade. Se a solução continua a ser inatingível, naturalmente que o mundo não pára. O que poderá (continuar) suceder é a formação de médicos impreparados para o futuro milénio, incapazes de dar seguimento às múltiplas estratégias de saúde entretanto programadas. A quantidade poderá ser aumentada pelo alargamento do ingresso e/ou se forem autorizadas mais Faculdades de Medicina, porém o “produto” continuará a ser deficiente, pois que as condições de formação continuarão inadequadas para os objectivos pretendidos. A fundamentação que tem vindo a público a propósito da criação de uma nova Faculdade de Medicina, pela ignorância e ingenuidade patenteadas pelos seus autores, faz temer o pior sobre o conceito em que é tida a formação médica no nosso País.

12. Como dizia António Sérgio “*são os sucessos posteriores que nos revelam o significado dos factos históricos, verdadeiramente históricos... factos retumbantes houve mas estéreis... cadaverizados na eternidade... são os fantasmas que nos tiranizam... são os espectros*”.

De facto, o medo da mudança vincula muitos de nós aos aspectos do passado. Porém, da Escola exige-se que construa sem temor o seu futuro, e destrua o que não serve e está mal.

Para que a reforma do ensino médico que agora desenvolvemos a nível nacional venha a acontecer, para que a melhoria da assistência clínica seja uma efectiva realidade, e para que o progresso da Medicina suceda no nosso País, haverá que assumir individual e colectivamente posições de criatividade social, para, como António Sérgio, se reafirmar que “criando se destrói o que é caduco”.

Formação Médica: para uma Nova Matriz de Desenvolvimento*

Expectativas sociais

A Medicina, na sua globalidade, e a educação médica, em especial, têm de se adaptar progressivamente às modificações científicas, tecnológicas e socio-económicas de cada época.

Por princípio, essas adaptações não podem comprometer ou ir contra a essência dos valores profissionais, corporizados na qualidade dos cuidados personalizados prestados no interesse do doentes e ao encontro de expectativas sociais da Medicina, por profissionais altruístas e dedicados. Fundamentalmente, a Medicina existe enquanto houver doentes, isto é pessoas que sofrem e requerem auxílio específico, que pode e deve ser prestado por quem está motivado e obteve preparação para o fazer, com eficácia e compassividade. Por conseguinte, a profissão médica continuará a ser indispensável e respeitada enquanto se demonstrar útil na resolução dos problemas clínicos ou vivenciais que afectam o doente, enquanto se constituir um baluarte protector da qualidade da prática clínica e da eficácia dos sistemas de saúde e, numa perspectiva mais ampla, enquanto, se mantiver na primeira linha de defesa dos princípios, valores, qualidade e ética da vida.

Todavia, nas épocas em que as contradições se agudizam e os interesses exteriores se acentuam, poderão aqueles princípios, valores e práticas serem objecto de perplexidades, incoerências reducionistas ou erros estratégicos de actuação, potencialmente erosivos da Medicina de tradição hipocrática.

Neste contexto de preocupação globalizante, também as faculdades de medicina nacionais se encontram num período de profunda reformulação institucional – por imperativos externos e decisão própria – eventualmente sem precedentes nas últimas décadas, a justificar algumas reflexões.

* A – In: Revista da FML 2001; Série III 6 (1): 5-9.

Comunicação à Polska Akademia Medycyne and Albert Schweitzer World Academy of Medicine, em sessão “Medicine at the Beginning of 3rd Millenium: Medicine, Humanism and Place”, Warsaw, 5 May, 2001.

Enquadramento da acção médica

Excepção feita aos princípios éticos e humanísticos que prevalecem há milénios é um facto que a profissão médica vem registando alterações sensíveis, particularmente no âmbito da inserção social e modelos de actuação. Em contraste com cenários ainda recentes, em que pontificava sem contestação numa vasta área de actuação profissional que constituía o campo da Medicina, com influência não despidianda no meio social, o médico passou a ser *mais um* dos componentes das equipas pluriprofissionais que hoje caracterizam e dinamizam a área da saúde. Por via dessas modificações, a liderança das equipas de trabalho, constituídas formalmente por técnicos (ou agentes) de saúde, tornou-se mais diluída (e por vezes questionada) no que antes era uma competência médica incontestada. O alargamento dos cuidados de saúde a toda a população, como direito de cidadania, e a extensão desses cuidados não só a acções curativas mas ainda às medidas preventivas, criaram exigências sociais tremendas e elevados encargos ao erário público. Perante o risco de falência económica e ou de erosão na qualidade dos serviços prestados, estão a ser disponibilizadas alternativas privadas no campo da saúde, progressivamente aceites pelos governos mais como parceiros potenciais do que competidores indesejados. Nestas circunstâncias, o médico que há alguns anos exercia uma profissão inquestionavelmente liberal, passou a ter um emprego que lhe assegura estabilidade económica e carreira nos serviços de saúde públicas logo após a concessão do curso de licenciatura. No futuro será também, essencialmente, um empregado superior contratado pelas companhias seguradoras e ou outras instituições privadas que se proponham a substituir o Estado nos cuidados de saúde a prestar aos seus cidadãos.

A Saúde é, incontestavelmente, um sector económico que movimenta grandes números em todo o mundo. A Saúde, pela sua componente tecnológica, tornou-se cara, sem deixar porém de atrair o interesse de um mercado especializado que, progressivamente, se encontra na posição de financiador e fornecedor principal dos cuidados de saúde às camadas mais solventes da população. A globalização económica favoreceu meios de actuação padronizada. Além de medicamentos cada vez mais poderosos, desenvolvidos por multinacionais que neles investem grandes somas de dinheiro, acrescem os múltiplos materiais de aplicação clínica, presentes e futuros, todos potencialmente rendíveis. E assim não surpreenderá que a oferta de possibilidades técnicas de eficácia crescente, resultante de investimentos económicos gigantescos, venha a ser acompanhada por crescentes exigências de competência profissional ou, no mínimo, pela obrigatoriedade do cumprimento de normas que pré-estabelecem a rentabilidade económica no serviço clínico.

Por conseguinte, da actuação em profissão liberal à prática exercida em grandes grupos privados – que visam a rentabilização de investimentos e, por isso, não pretendem ter riscos de percurso nem resultados negativos – há uma distância enorme. Pelo caminho foram ficando os restos de um passado em que se misturam ideais generosos, responsabilidades indeclináveis, dedicação sem recompensa económica e sacrifícios pessoais, vividos muitas vezes na obscuridade do dever cumprido.

Preparação clínica versus actuação prática

Existem contradições entre a preparação clínica que as escolas médicas continuam a conferir aos seus alunos – quer na comunicação com os doentes, na colheita cuidadosa de anamnese, no exame objectivo cuidadoso visando o diagnóstico diferencial para uma terapêutica adequada – e a forma como aqueles alunos, uma vez licenciados, exercerão a sua actividade assistencial, numa sociedade em que o conceito da produtividade médica esteja (ou se prepare para estar) associada à realização do maior número possível de actos médicos no tempo mais curto e com o menor custo possível.

Noutra perspectiva, não menos gravosa, muito dos procedimentos que ainda há alguns anos requeriam internamento hospitalar são agora praticados por técnicas alternativas, em regime ambulatorio, menos dispendioso. Em alguns países, verifica-se a tendência para admitir nos hospitais públicos os casos mais desesperados ou, em alternativa, os doentes intervencionados no próprio dia ou no dia seguinte, para alta imediata. Também não causa surpresa que determinadas situações clínicas, mais dispendiosas e ou de evolução prolongada, dificilmente atraiam o interesse dos sistemas de saúde privatizados ou das companhias seguradoras. Esta situação, já verificada em países de mercado aberto, poderá também vir a instalar-se em futuro próximo no nosso meio.

No reforço da gestão conveniente, quer as instituições públicas quer as privadas poderão impor (ou condicionar) normas funcionais, exigir escolhas mais económicas, reduzir o tempo disponível para a prestação dos cuidados assistenciais. Note-se, porém, que o médico foi preparado para realizar aquelas actividades com qualidade e conforme as necessidades reais dos doentes, não por pressão ou critérios de custo-benefício.

Nesta passagem do milénio, o encurtamento real do tempo disponibilizado para os actos assistenciais, é um factor dificilmente compatível com a prática e os valores definidos pela profissão. Adicionalmente, ao limitar a estadia do doente nos locais de ensino clínico, compromete também as possibilidades de aprendizagem de estudantes não só nos seus aspectos científicos e técnicos como ainda nos inúmeros componentes do “currículo descon-

didado”, somente possível de *absorver* pela convivência em equipa, com o mentor e em contacto frequente com os doentes.

A reformulação institucional inadiável

Na transição para o século XXI há razões suficientes para se reafirmar que o cenário e a dinâmica das actuais instituições de ensino médico requerem alterações profundas e diversificadas, umas com incidência nas próprias estruturas e processos de gestão, outras orientadas particularmente para o relacionamento com a comunidade.

Entre outros aspectos importantes, são de salientar algumas linhas de força essenciais que urge reabilitar, reformular ou desenvolver, no sentido da modernização das instituições. Nesta perspectiva, embora se conheça com alguma exactidão o que se pretende, não se escamoteia a dificuldade em saber por onde começar.

Sem dúvida que o principal objectivo reconhecido das faculdades de medicina é o de formar médicos. Nesse aspecto os desígnios das instituições médicas contemporâneas não diferem dos enunciados no passado. Entretanto, com a expansão do conhecimento científico registado neste século, particularmente a partir da década de 50, tornou-se evidente que a formação médica tradicionalmente conferida pelas faculdades ficava aquém do necessário para uma prática clínica com as competências propostas. O *continuum* da formação médica assumiu contornos gradualmente mais credíveis e aceitáveis até ao presente. Hoje não subsistem dúvidas de que o ensino pré-graduado de Medicina corresponde à aquisição de conhecimentos, capacidades e atitudes essenciais numa primeira fase clínica ainda indiferenciada. Entre nós, de acordo com o projecto do novo plano curricular proposto pela comissão interministerial e pelo grupo de trabalho para a revisão do ensino médico, superiormente aprovado pelo Governo em 1993 e 1994, aquele perfil profissional corresponde ao do médico pluripotencial, com capacidades implícitas para a diferenciação pós-graduada. Na sequência do período de especialização médica hospitalar ou extra-hospitalar, é sublinhada a indispensabilidade da formação médica contínua, abrangendo toda a vida profissional do médico.

Por conseguinte, entre a década de 50 do século XX e o presente, a formação conferida pelas faculdades de medicina deixou de ser suficiente para uma actividade clínica duradoura. À especialização e sub-especialização progressivas e intensivas da actividade clínica sobrepõe-se o conceito da formação prolongada e constante, caracterizada pela obrigação ética de cada médico promover a auto-renovação dos seus conhecimentos e a aquisição de novos desempenhos e capacidades profissionais. Em parte aquela

mudança de atitude reflecte a pressão do progresso técnico e científico da medicina que os clínicos procuram disponibilizar aos seus doentes. Por outro lado, não é realista ignorar as leis do mercado e as da economia que governam as sociedades contemporâneas, pelo que o conhecimento científico e a destreza técnica constituem argumentos potenciados do êxito da profissão, particularmente quando são exercidas em agrupamentos corporativos.

Gestão universitária do ensino médico

Ao fazer extinguir os hospitais escolares, em 1953, e depois os hospitais universitários, em 1977, os governos directamente implicados nessa decisão, assim como os que têm mantido a situação inalterada, tornaram-se responsáveis pelas deficientes condições de funcionamento institucional e pela sub-eficácia da formação médica pré-graduada. Mais recentemente, em 1994, com a aprovação governamental do regime de convergência orçamental das universidades públicas em função do número de alunos inscritos em cada ano nas diversas unidades orgânicas, o ensino médico registou outro revés, com implicações potenciais na credibilidade do processo de renovação curricular iniciado naquele mesmo ano. A preocupação então sentida pelos órgãos de gestão das faculdades de medicina tinha plena justificação, como veio a demonstrar-se pelo rolar dos acontecimentos até ao presente. Durante todos estes anos continuaram a ser ignorados os principais constrangimentos aprovados, em unísono, pelos órgãos de gestão das faculdades de medicina nacionais, a crescer à insistência da tutela em incluir liminarmente o ensino médico na formatação dos *ratios* criados para o ensino universitário em geral.

Não surpreende, por isso, que o iniciar do novo ciclo clínico da actual “reforma” (que veio a ser, pela força das circunstâncias limitativas, tão só uma revisão incompleta do currículo), tenha desencadeado as reclamações das faculdades nacionais, que se afirmam incapacitadas em assegurar o ensino médico com a qualidade da formação requerida para o exercício responsável da medicina, actual e do futuro.

Princípios e qualidades desejáveis versus condições e metodologias disponíveis

Um outro paradoxo não menos preocupante resulta do que se anuncia como objectivos educacionais, a par com a preparação que as escolas médicas efectivamente incutem nos seus alunos. Assim, a formação médica pré-graduada continua a ser tendencialmente orientada para o domínio de princípios e valores humanísticos, para a aquisição de hábitos de aprendizagem independente e do pensamento crítico. Todavia, para haver boa formação é

necessário haver boa pedagogia, bons docentes e boas condições de ensino. Essas condições nem sempre coexistem.

As sucessivas reformas e revisões curriculares desenvolvidas em múltiplos países têm sido descritas mais como “reformas sem alterações”. Na origem desta inércia aponta-se a persistência do ensino teórico e factual, em formato escolástico, a carência de formadores experientes disponíveis para o ensino clínico, e a constante subordinação (pelos docentes e pelas instituições do ensino à investigação ou à clínica própria. Neste aspecto, há razões para admitir que as reformas continuarão sem alterações enquanto o ensino não for centrado no aluno e a participação pedagógica dos docentes não for tão respeitada e valorizada, para efeitos de progressão académica e profissional, tanto como é a investigação.

A ausência de uma carreira comum (médica e académica), a par com os regimes de trabalho que a generalidade dos docentes médicos exerce nas instituições públicas de saúde a que se encontram vinculados, constitui factores adicionais com repercussões potencialmente negativas no ensino médico pré-graduado, em qualquer das suas áreas (básicas, pré-clínicas ou clínicas).

Com raras excepções, em geral representadas pelos professores de carreira, quase todos os docentes médicos das faculdades de medicina nacionais são contratados a tempo parcial. A actividade docente é-lhes permitida com a condição expressa de a subordinarem à actividade assistencial. Nesta situação, um impedimento de serviço assistencial poderá justificar o cancelamento de uma aula. Sucede que as actividades da docência não valorizam, senão em percentagem insignificante, a posição de candidatos em concurso para progressão na carreira médica, o mesmo se aplica à eventual participação em actividades científicas pelo que, na prática, o apoio formativo possibilitado pelos docentes convidados da carreira médica está muito condicionado e aquém do desejável. Não se perspectivando alterações naquele regime, que depende em absoluto do Ministério da Saúde, não se afigura também que a formação clínica pré-graduada venha a ser melhorada em futuro próximo.

Conhecimentos científicos e desenvolvimento tecnológico

O aumento imparável dos conhecimentos científicos aplicados à Medicina suscita a necessidade de se substituírem paradigmas, de se reverem profundamente conceitos ainda há poucos anos indiscutíveis, de se criarem novos capítulos agora fundamentais, de se definirem prioridades e metas mais próximas para a renovação desses conhecimentos, de se preverem eventuais desenvolvimentos e novos eixos de orientação.

O fluxo de informação constantemente renovada gera pressões tremendas nos conteúdos pertinentes da formação pré-graduada, justificando ainda a extensão do período formativo em cenários optativos e ou continuados.

Ao conhecimento disponível acresce a vulgarização das novas tecnologias de comunicação em rede, baseadas no computador individual ou pluri-acessível, que facilita a aquisição de novos elementos, pelos investigadores, pelos professores e pelos alunos. As actividades lectivas estão a mudar progressivamente de formato, não só pela informação disponível que pode ser aprendida em qualquer momento e a ritmo individualizado, como ainda por possibilitar a interacção à distância, numa grande flexibilidade de horários e de interesses. Deste modo, não surpreende que as aulas teóricas, ainda há pouco predominantes e inquestionáveis, sejam agora minimizadas, havendo justificação para dar preferência a actividades interactivas e em pequenos grupos, que privilegiam essencialmente a aplicação prática e a resolução de problemas específicos.

Nesta ordem de interesses configura-se também a formação médica pós-graduada e contínua, havendo motivos para que o ensino pré-graduado venha a ser a base da diversificação de competências subseqüentes e da aquisição de metodologias e hábitos de auto-aprendizagem, a possibilitar um melhor desenvolvimento profissional sustentado nas fases da formação médica pós-graduada e contínua.

Ao propiciarem-se meios e oportunidades para a educação pela ciência desde os primeiros anos do curso, suscitando nos alunos o entusiasmo pela investigação em projectos adequados, pretende-se que o futuro profissional venha a desempenhar, também, um papel de relevo no progresso da ciência médica.

Medicina molecular versus formação clínica

A progressão geométrica dos conhecimentos biológicos aplicados à Medicina, iniciada nos anos 70 deste século, consubstancia um dos grandes desafios impostos à educação médica e à prática clínica contemporânea. A partir do momento em que Watson e Crick elucidaram a estrutura da dupla-hélice do DNA, a investigação biomédica fixou-se na definição do “infinitamente pequeno”, clarificando a natureza dos genes, das membranas celulares e dos seus receptores, das partículas virais e de múltiplos outros componentes celulares. Não surpreende que os conhecimentos já obtidos, até à última década, sobre o organismo humano e muitas das suas doenças, incorporem uma interpretação essencialmente molecular.

As consequências espectaculares que a revolução molecular virá a ter na Medicina do futuro começam a antever-se neste início do milénio, em particular na terapêutica das doenças de matriz genética ou como solução tecnológica na substituição de órgãos doentes ou inoperacionais. Na senda daquela evolução estão a ser profundamente modificados os currículos das

ciências básicas e acentua-se o espaço da pesquisa biomédica e biotecnológicas desenvolvidas nas faculdades de medicina de todo o mundo. Em simultâneo, nasce um dilema educacional, por um lado criado pela exigência em acentuar a componente molecular em toda a extensão do curso médico e, por outro, pelos objectivos da formação médica pluripotencial, dimensionada pelo ensino à cabeceira do doente sobre os problemas e as doenças do ser humano (e não das moléculas que lhe compõem o seu corpo), para a qual se reclama parte do tempo da escolaridade básica para aumentar a preparação clínica vivencial.

A compatibilização do ensino da medicina molecular – profundamente baseada na ciência laboratorial e na investigação – com a formação clínica é, portanto, um problema da educação médica actual, pelas contradições que introduz nos objectivos de ensino e nos programas curriculares, ambos ainda por solucionar.

O crescente envolvimento dos docentes das faculdades de medicina na investigação molecular e, também, o facto de muitos serem recrutados entre licenciados não médicos, faz aproximar o dia em que, para o ensino das matérias nucleares das ciências fundamentais do curso médico, poderá não haver docentes interessados, com preparação adequada e ou em número suficiente para assegurarem aquela formação. Abundam os exemplos das escolas médicas, particularmente norte-americanas, em que a dissociação entre o ensino clínico e o biomédico é, há muitos anos, uma realidade com tendência a acentuar-se.

A escolha dos futuros médicos

Haverá poucas ou nenhuma dúvida de que a Medicina reflecte essencialmente o tipo profissional de médicos que as faculdades de medicina forem capazes de produzir, embora, como indivíduos, caracterizem mais a sociedade de que provêm do que o que lhes foi ensinado nas faculdades. A ser assim, haverá justificadas razões para seleccionar os futuros alunos entre os que revelam características, motivações e valores individuais reconhecidamente indispensáveis à prática da Medicina, no pressuposto de que a formação e o saber adquiridos na faculdade são apenas complementos naturais daqueles predicados.

Todavia, como a selecção dos candidatos a Medicina continua a ser dissociada das características individuais, privilegiando-lhes somente a capacidade intelectual e de memorização factual, por um período ainda indefinido, os futuros médicos deste País continuarão a ser recrutados entre os candidatos mais classificados no ensino secundário exceptuando alguns raros interessados em prosseguir a carreira académica ou outras vias profissionais. Por

consequente, é admissível que o tipo de profissional formado pelas faculdades de medicina continue a expressar, essencialmente, a capacidade formadora das instituições, tanto nas suas virtudes como nos seus constrangimentos próprios, sabendo-se que não expressa, porém, o carácter e as qualidades humanas dos médicos recém-licenciados.

As contradições referidas acentuarão as dificuldades e a coerência da formação enquanto o sistema não se adaptar às circunstâncias ou estas não forem corrigidas.

Uma responsabilidade partilhada e um projecto comum a respeitar

Produzir os bons médicos que os doentes necessitam constitui uma responsabilidade a partilhar, tanto pelas faculdades como pela sociedade em que se inserem. É certo que as instituições formadoras não poderão alienar responsabilidades nem ignorar os princípios e os valores da profissão médica. As faculdades de medicina têm de se reconfigurar às mudanças emergentes, produzindo o tipo de médico requerido, protegendo a qualidade e a pertinência da sua actuação, assegurando a capacidade de renovação e progresso dos seus conteúdos e, ainda, empenhando-se manifestamente na resolução dos problemas do sistema em que os médicos têm de actuar. Por seu lado, é responsabilidade do Estado proporcionar condições coerentes, legislação apropriada e dar suporte financeiro e social, para que o desiderato das faculdades públicas e os princípios da profissão médica sejam concretizados, com eficácia e virtuosamente.

Bibliografia

- “A Revisão Curricular na FML de 1992-1999”, Série Estudos e Documentos, vol. 1, Faculdade de Medicina de Lisboa, 1999.
- Bernard J – “A Medicina de Amanhã”, Instituto Piaget, Lisboa, 1999.
- Conen JJ – Collaborative care: a new model for a new century. Acad. Med. 2000; 75: 107-112.
- Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE – Renewing professionalism: an opportunity for medicine. Acad. Med. 1999;74:878-884.
- Ferro M – “As Sociedades Doentes do Progresso”, Instituto Piaget, Lisboa, 1999.
- Friedman CP – The marvellous medical machine or how medical education can be “unstuck” in time. Med. Teacher 2000; 22:496-502.
- Hafferty FW – Beyond curriculum reform: confronting medicine’s hidden curriculum. Acad. Med. 1998; 73: 403-407.
- Harden RM – Evolution or revolution and the future of medical education: replacing the oak tree (editorial). Med. Teacher 2000; 22: 435-442.
- Kahn A – “La Médecine du XXI Siècle”, Bayard Editions, Paris, 1999.

- Ludmerer KM – “Time to Heal”, Oxford University Press Inc., New York, 1999.
- Ludvigsson J – A curriculum should meet future demands (editorial) Med. Teacher 1999; 21: 127-129.
- Meyer GS, Potter A, Gary N. – A national survey to define a new core curriculum to prepare physicians for managed care practice. Acad. Med. 1997; 72: 669-676.
- Pyeritz RE – A revolution in medicine like no other. FASEB J. 1992; 6: 2761-2766.
- “Referências sobre o Ensino Médico em Portugal de 1911 a 2000”, Série Estudos e Documentos, vol. 2, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2000.
- Risse GB – “Mending Bodies, Saving Souls”, Oxford University Press Inc., New York, 1999.
- Steinert Y – Faculty development in the new millenium. Key challenges and future direction. Med. Teacher 2000; 22: 44-50.

No Advento de um Novo Paradigma da Formação Médica*

Conhecer o passado e compreender o presente

A evolução e o progresso estão intimamente ligados à história da Humanidade. No decurso das suas múltiplas etapas – em particular desde a Antiguidade Grega e, com maior proximidade, desde a irrupção das ciências experimentais – a incerteza dos resultados e a expectativa do desconhecido foram superadas por novos conhecimentos e soluções, decerto por se afigurarem mais adequados às circunstâncias em cada momento. Neste fluir de acontecimentos, sem dúvida intercalados por tentativas e erros sem conta, uns superáveis sem dano mas outros nem por isso, cada novo conhecimento consolidou o repositório de saberes acumulados e de experiências vivenciadas, a par com sucessivas correcções ou modificações entretanto introduzidas.

É sabido que os conhecimentos adquiridos influenciam, durante períodos variáveis, o pensamento, o comportamento e as características mais representativas da actividade humana, gerando também soluções transitórias, no seu conjunto entendidas como as mais correctas na época.

Na verdade, a transitoriedade dos conhecimentos e das soluções que deles resultam, em ciclos de renovação continuada, nem sempre é aceite pacificamente. A história está cheia de exemplos de posições dogmáticas, de verdades ditas únicas e de soluções consideradas insubstituíveis. No conjunto, aqueles posicionamentos serão fruto da insegurança humana perante a mudança e a inovação, tal como Platão, em “*O Mito do Prometeu*”, retratou magnificamente: “*todo o progresso resulta de uma rejeição de ideias feitas, bem como da ordem estabelecida; todo o avanço do conhecimento é fundamentalmente sacrílego, sendo de início recusado ou contestado; antes de ser aceite custa ao seu autor perseguições e provoca tumultos*”.

Entretanto, com maior ou menor aderência e à medida que as circuns-

* D – In: Revista da FML 2001; Série III 6 (5): 247-253.

Discurso de aceitação como académico titular da cadeira XLIX da Academia Portuguesa de Medicina. Sessão na Aula Magna da Faculdade de Medicina de Lisboa, em 13 de Julho de 2001.

tâncias mudam, por vezes subitamente, outras opções adquirem primazia, novos paradigmas germinam e florescem.

Assim sucedeu múltiplas vezes no recém-terminado segundo milénio da nossa era, embora na verdade, somente a partir do século XVI – primeiro com Copérnico, fundador da Astronomia moderna, e depois com Galileu, pioneiro no domínio da Física – a ciência, o método experimental e o raciocínio científico fizeram o seu aparecimento, revolucionando uma sociedade até então virtualmente estática e incapacitada para a inovação.

Ao contrário das ciências experimentais, que tiveram um rápido surto de desenvolvimento técnico e de aplicação prática, a Medicina manteve-se dominada pelo empirismo, pelos “conhecimentos dos Antigos” (em referência aos aforismos médicos da Antiguidade Grega) e pela ineficácia terapêutica, quase até ao século XIX. Nos fins do século XVIII ainda grande parte da população, mesmo a considerada culta, acreditava que algumas doenças resultavam da posse da alma por demónios, sendo o exorcismo prática vulgarizada. A (extraordinária) resistência do meio médico à inovação, não obstante as importantes descobertas entretanto realizadas por Vesálio, Harvey e, mesmo, Pasteur, persistiu enquanto aquelas revelações se mantiveram isoladas e incoerentes entre si, e dissociadas de uma solução terapêutica eficaz. Nesse período, tal como sucedera em séculos anteriores, o médico limitava-se quase só a observar o doente, a analisar-lhe os excrementos e a especular sobre os eventos, lançando mão de mezinhas, clisteres e sangrias como tentativa de resolução terapêutica, deixando para os antecessores dos actuais cirurgiões as intervenções cruentas.

François Magendie, fisiologista francês do século XVIII-XIX, que viria a ser professor de Claude Bernard, inicia uma nova época ao postular que o *“bem da ciência é substituir factos por aparências e demonstrações por impressões”*. Por conseguinte, somente dois séculos depois do reconhecimento da ciência experimental e de se admitir que a natureza tem uma realidade própria, independente do homem, começou a aceitar-se que as doenças poderiam também ser extrínsecas ao homem, que as receberia por contágio. Quase em simultâneo é verificado que as doenças originam alterações anatomo-clínicas, as quais vêm a ser rapidamente definidas, sistematizadas e diagnosticáveis mediante sinais próprios. O raciocínio científico impregna o método diagnóstico e começa a ser utilizado metodicamente na investigação das doenças, dos seus agentes e mecanismos.

Ainda na primeira metade do século XX, porém, a prática médica continuava a circunscrever-se ao diagnóstico, ao prognóstico e à terapêutica sistemática das doenças então reconhecidas. As decisões eram tomadas com base em probabilidades de rigor discutível e fundamentação escassa. Na realidade, ainda hoje a educação médica não consegue evitar que os palpites, as

opiniões, as conjecturas e os preconceitos persistam entre alguns maus hábitos da formação (a serem corrigidos) e da prática clínica comum.

O que se conhece hoje sobre Biologia Humana e Medicina é incomparavelmente mais e melhor do que se sabia há três a quatro décadas, sendo por isso redundante estabelecer comparações com períodos anteriores. Era também inimaginável, nessa época, o desenvolvimento actual das ciências biomédicas e médicas. Mais do que a uma evolução, assistiu-se e continua a presenciar-se a uma revolução científica global, com repercussões ainda insuspeitadas.

Entretanto, os novos conhecimentos e desenvolvimentos da Biomedicina e da Medicina estão a repercutir-se inevitavelmente na melhoria das condições de saúde e nas expectativas de vida do homem contemporâneo. Em parte aquelas modificações foram, e continuam a ser, potenciadas por conjunturas políticas e socioeconómicas, a par com sucessivas inovações científicas e tecnológicas. Na realidade, as interacções que se verificam (e estão a acentuar-se) entre as diversas variáveis em presença – progresso científico, qualidade dos cuidados de saúde, expectativas do público e modificações socioeconómicas – representam um conjunto de grande complexidade que justifica particular atenção.

Numa análise mais restrita, é compreensível que a aplicação bem sucedida dos novos conhecimentos científicos e tecnológicos à prática clínica justifique o aumento exponencial das expectativas que o grande público tem sobre os benefícios da Medicina contemporânea, na qual o médico ainda continua a ser o principal mas já não o único e privilegiado interlocutor. Nesta perspectiva, afigura-se hoje natural que os adultos que residam em sociedades desenvolvidas pretendam manter-se saudáveis e esperem viver para além dos 80 anos de idade; que a sociedade passe a exigir menores índices de mortalidade neonatal e infantil; que, como corolário do projecto do genoma humano, muitas das doenças associadas aos principais índices de morbilidade e mortalidade humanas venham a ser diagnosticadas nos progenitores ou *in utero* e sejam tratadas, com maior eficácia e menos custos, senão mesmo erradicadas.

A complicar aquelas exigências, algumas das quais (ainda) utópicas, acresce que as informações vinculadas na *Internet* transformam cada cidadão (que ainda há alguns anos atendia quase com reverência à autoridade do seu médico) num perito potencial sobre todos os aspectos da Medicina, disposto a discutir (ou a discordar das) soluções terapêuticas que o seu clínico propõe para as doenças que ele, os seus familiares e os seus conhecidos possam ter.

Numa era tumultuosa que exige novas capacidades de adaptação a ambientes imprevisíveis, as considerações económicas estão a destacar-se. Um novo léxico economicista e um novo conceito de gestão dos cuidados de saúde, com características e lógica semelhantes às de qualquer outra activi-

dade em que existam prestadores de serviços e utentes, estão a criar óbvias situações de ruptura na matriz tradicional da Medicina, gerando também inevitáveis interrogações sobre o sentido de aprendizagem, a procura de novas soluções e a prática clínica da profissão.

Independentemente da influência que exerce na formação, na investigação e na prática da Medicina, a nova economia gera também crescentes desigualdades sociais, a que se associam deficiências sanitárias graves, diminuição acentuada da expectativa de vida e um largo conjunto de patologias de risco. Nos países economicamente mais evoluídos estão a ser concebidos financiamentos especiais para a preservação, tratamento e investigação dessas situações, e para a melhoria das condições de vida dos indivíduos afectados. Paradoxalmente, porém, os estudos biomédicos promovidos e financiados por órgãos governamentais nem sempre congregam a aceitação plena das populações visadas, o que constitui um factor negativo importante na resolução de problemas sanitários devastadores, além de desmotivar empenhamentos institucionais essenciais.

Se a aprendizagem da Medicina tiver de ser reestruturada para que os futuros licenciados sejam, e continuem a ser, prestadores competitivos de cuidados de saúde, num mercado aberto de serviços públicos e serviços privados, em que a par do Estado se multiplicam empresas financiadoras, prestadoras e angariadoras de serviços a doentes (que os possam custear), de que modo todas aquelas modificações afectarão a tríplice e tradicional missão que compete às Faculdades de Medicina e às Unidade de Saúde que lhes estão associadas, na formação, na investigação e na prática assistencial? Embora não seja ainda conhecida a resposta fundamentada àquelas questões, subsistem poucas dúvidas de que essa influência é já substancial e crescente, estando na origem de outros problemas e interrogações.

Entre os exemplos representativos dessas problemáticas, é de sublinhar que o interesse reduzido que os estudantes e jovens médicos vêm demonstrando pela Medicina geral em alguns países, ao contrário da atracção que manifestam por diversas especialidades e sub-especialidades, parece residir nas superiores expectativas tecnológicas e incentivos económicos oferecidos por estas últimas. Embora em sentido oposto, terão sido também razões de financiamento acrescido a influenciar, fundamentalmente, a preferência que os médicos norte-americanos passaram a dar nos últimos anos aos cuidados primários, preterindo as áreas de especialização.

Ou seja, sobrepondo-se à ética milenar que privilegia o Homem em toda a sua dimensão e o indivíduo que requer atenção humanitária e cuidados médicos personalizados – os melhores que for possível disponibilizar – expande-se o conceito que dá primazia à gestão desses cuidados, progressivamente transmutados em áreas de cariz empresarial, que atraem investimentos vultuosos e capitais de risco e que, por tudo isso, justificam accionis-

tas e balancetes de encargos e receitas, uns e outros com naturais expectativas de lucro.

Ainda que a extrapolação do que hoje se conhece tenha escasso cabimento para antever o futuro, poderá sugerir-se que a pressão constante dos interesses económicos, a par com o aumento de encargos gerados pelos novos conhecimentos tecnológicos, pelas descobertas biomédicas e farmacológicas, pelo excesso demográfico de populações mais idosas, portadoras de doenças crónicas ou afectadas por patologias sub-agudas com mortalidade precoce, venham a exigir soluções radicalmente novas a nível dos cuidados clínicos e do respectivo apoio social, sem esquecer naturalmente a educação dos futuros médicos.

No fundo, serão as necessidades em cuidados de saúde cada vez mais sofisticados por parte de cada indivíduo, de cada agregado familiar e ou da população em geral, a determinar soluções de natureza política e socioeconómica e, também, a induzir a reorientação dos programas de formação e de investigação, biomédica e médica.

Todavia não há garantias, bem pelo contrário, de que toda a população venha a dispor dos benefícios clínicos e tecnológicos resultantes do progresso biomédico, muito mais eficazes mas igualmente muito mais dispendiosos.

Lamentavelmente, decerto por ser uma parcela com peso crescente nos orçamentos públicos, o debate sobre os problemas de saúde passou a circunscrever-se quase só a dois tipos de questões, um incidindo em assuntos de gestão financeira e de economia política, preocupando-se o outro com as infra-estruturas físicas e a quantidade de recursos humanos habilitados e disponíveis para a prestação de cuidados específicos. Naquele conjunto têm sido habitualmente minorizadas as estratégias orientadoras para o tipo e qualidade da formação médica e, também para a programação da investigação que assegure a evolução dos conteúdos e dos processos de actuação clínica.

A manter-se, aquele posicionamento conduzirá a disjunções no tecido que tem caracterizado a Medicina, tornando ainda mais oportunas as palavras do grande médico e professor que foi William Osler: *“a arte antiga não poderá certamente ser substituída mas deverá ser absorvida pela nova ciência”*.

Preparar o futuro

Entre as múltiplas forças de pressão que se abateram sobre o exercício da Medicina destaca-se a plethora de novos conhecimentos e uma armaria mais ou menos sofisticada, a crescer diariamente, em potencial benefício dos doentes. Por via daquela expansão científica e tecnológica, é natural que o clínico em exercício procure manter-se actualizado e competente, quer pro-

movendo a sua autoformação ou, o que vem sucedendo com mais frequência, inscrevendo-se em cursos especializados. Aquelas iniciativas, que atestam a consciência profissional e a noção do dever ético de cada médico, estão a ser completadas em alguns países pela recertificação periódica de todos os clínicos em exercício. Além de se assegurar publicamente a competência dos clínicos em actividade, procura identificar-se em fase precoce os médicos com desempenhos fracos, dando-lhes estímulo para se actualizarem. Porém, a situação reveste-se de aspectos delicados ainda sem solução adequada, além de requerer uma organização estruturada e capacitada para assegurar o desenvolvimento profissional contínuo a muitos milhares de clínicos em exercício.

Sendo admissível que os médicos mais antigos venham a requerer frequentes acções de formação ao longo da vida profissional, será que os jovens recém-formados e, por isso, conhecedores das novidades científicas e técnicas mais recentes, se sentem confiantes e declaradamente aptos para a prática clínica?

Quem, como médico recém-licenciado, passou por aquelas fases de iniciação clínica recordará, com nitidez, a ansiedade constante e o medo de errar vividos nos primeiros tempos, bem como o aumento crescente da confiança e da auto-estima profissional adquiridas à medida que as situações decorriam sem problemas de maior. Isto não constitui, porém, resposta às interrogações anteriores.

É sabido que a resolução satisfatória de um evento banal por um recém-licenciado resulta de uma competência relativa, tanto melhor adquirida e assimilada quanto mais e melhores oportunidades lhes forem disponibilizadas na pré-graduação. A competência clínica e o profissionalismo são capacidades e comportamentos que se apreendem e sedimentam com a prática, não dispensando o apoio de formadores experientes e de ambientes modelares. É aos docentes das Faculdades de Medicina que cabe o dever, educacional e social, de assegurarem o desenvolvimento pessoal e profissional dos futuros médicos, zelando para que os conhecimentos e desempenhos essenciais para o exercício competente da profissão, no nível que lhes virá a ser exigido, sejam bem apreendidos, preferencialmente num contexto de valores, atitudes e comportamentos próprios da Medicina.

Se, posteriormente, o jovem médico não der continuidade à actualização dos seus níveis de conhecimento e não promover o seu próprio desenvolvimento, é evidente que as capacidades pessoais de execução clínica perderão qualidade: Admitindo que cada novo licenciado assimilou também os comportamentos, atitudes e valores que caracterizam a natureza da profissão e fundamentam o conceito de profissionalismo – designadamente, na subordinação aos interesses dos doentes, orientando-se por padrões elevados da ética e da moral, correspondendo às necessidades sociais, demonstrando irre-

preensíveis valores humanísticos – é implícito que seja também o principal interessado em assegurar e desenvolver a sua competência profissional. Por outras palavras: a motivação, o potencial de valorização e a formação pessoal e científicas adquiridas no curso da pré-graduação devem constituir um capital determinante para o desenvolvimento profissional ao longo da vida.

A renovação e a actualização dos conhecimentos e dos desempenhos clínicos apropriados a novas situações, quer de âmbito profissional quer de natureza social, ultrapassam a fronteira da destreza e da competência técnica para se constituírem obrigações éticas irrecusáveis. É de reconhecer, porém, que a ética implícita ao profissionalismo médico, que assegura o aforismo *primum non nocere* (primeiro que tudo não provocar danos) na sua luta contra a natureza – em que se inclui a doença, a senescência e a morte, o respeito pela pessoa humana e pelos seus direitos, o respeito pelo saber e a recusa do lucro – enfrenta desafios crescentes e diversificados.

As profundas modificações, já referidas anteriormente, nos diversos domínios da sociedade contemporânea, criam exigências renovadas, com incidência crescente na formação pré-graduada, na actuação médica e no funcionamento dos serviços de saúde.

Apesar das reservas éticas que possam advir, a formação médica começou a contemplar as exigências criadas por um mercado competitivo, em que a prática clínica está sujeita a rigorosos mecanismos de gestão, em que as decisões estão cada vez mais dependentes de informação padronizada e selectiva, definida em matrizes de procedimentos.

Não obstante os programas curriculares estarem quase sempre atrasados em relação aos acontecimentos, há uma consciente preocupação da Faculdade de Medicina no sentido de adaptar a formação médica às necessidades emergentes e às novas competências requeridas. Esta interdependência não significa, porém, que os médicos venham a ser educados para simples fornecedores das novas exigências na saúde, ou como empregados por conta de terceiros para uma função técnica especializada, ou para trabalharem em Medicina como se de um negócio se tratasse, ou no entendimento de que os cuidados de saúde possam ser desempenhados em total alheamento dos deveres éticos da profissão. Porém, são conhecidos múltiplos sinais de erosão do profissionalismo médico, a justificar correcção e cuidados nos processos educacionais da Medicina.

Numa perspectiva alargada, e quaisquer que venham a ser as alterações intrínsecas ou as forças exteriores incidentes, a formação médica deve continuar a privilegiar a qualidade dos cuidados a prestar e, em segundo lugar, deve preparar os futuros clínicos para um bom desempenho dos serviços de saúde. Independentemente da quantidade e da diversidade do programa curricular formal utilizado, as recomendações internacionais vão cada vez mais no sentido de uma formação liberal orientada para a aprendizagem e, nesta

perspectiva, aberta à descoberta, preparada para a diversidade e para a incerteza, num contexto de novas doenças e de crescentes misérias sociais.

Na realidade, a preparação para a actuação clínica junto de populações multiétnicas, com taxas crescentes de idosos, de portadores de doenças crónicas ou de deficiências imunitárias de prognóstico reservado, de toxicodependentes e carenciados de toda a ordem, requer, ainda com maior ênfase, uma formação diversificada e elevado grau de profissionalismo a aprender no “currículo escondido”, particularmente cultivado nas Faculdades que cuidam da plasticidade dos comportamentos e promovem a transmissão não escrita dos códigos éticos da Medicina.

Os novos contextos socioeconómicos, além das pressões que exercem na formação médica e na prática clínica, constituem factores indutores de profundas remodelações (em planificação ou concretizadas) dos Sistemas Nacionais de Saúde. Assim, fundamentalmente por razões técnicas e ou económicas, o foco dos cuidados de saúde está a deslocar-se progressivamente de uma medicina de cariz curativa para a componente preventiva e ou promoção da saúde; o tratamento que era episódico está a ser inserido em consultas de acompanhamento regular; cada vez mais os cuidados de saúde estão a ser prestados por equipas multidisciplinares em centros comunitários, substituindo a participação isolada do médico; naquela perspectiva é reforçado o atendimento nos cuidados primários, numa rede ampla de centros de saúde conectados entre si e com hospitais organizados para cuidados secundários ou terciários, estes reservados para situações complexas; o tempo de hospitalização é restringido ao mínimo, sendo a continuação dos cuidados de saúde assegurada em domicílio ou nos centros de saúde.

Aquelas e outras modificações têm estado na origem de sucessivas revisões do currículo médico em todo o mundo mas, muito em especial, nos países em que o progresso científico e tecnológico decorre a par com uma cuidadosa gestão dos recursos económicos. Por via dessa exigência, para satisfação das expectativas do público e, também, dos clínicos e formadores médicos, os reajustamentos curriculares estão a privilegiar a aprendizagem centrada no aluno em lugar de se limitarem à instrução pelo docente. O aluno aprende a resolver problemas com aplicações concretas, para treino de raciocínio clínico; do *conhecimento* de todo o currículo é reorientado para o conhecimento pertinente, para decisões baseadas na evidência; o conteúdo técnico é enriquecido com a aprendizagem de comportamentos em contextos diversificados, em equipa, em interacção humanística; a curiosidade científica é incentivada, criando-se espaços de utilização optativa; o contacto dos alunos com doentes, familiares e grupos populacionais especiais, em centros comunitários, tornou-se frequente desde o início do curso de pré-graduação.

O conhecimento esclarecido, a experiência vivencial, a descoberta de saberes diversificados e aprofundados, a preparação para o desempenho

desinteressado e ao serviço dos doentes, a preservação dos princípios éticos e morais são, continuam a ser, palavras-chave da formação médica e da prática clínica. O que poderá variar são as circunstâncias e as metodologias em que a formação, a investigação e o serviço venham a ocorrer.

Para que a Medicina não seja desvirtuada na presente transição de paradigma é de crucial importância que as instituições disponham de modelos exemplares de actuação e de formadores médicos adequados. O bom desenvolvimento da renovação curricular em termos de concepção, manutenção e liderança dos difíceis processos de mudança, requer uma equipa docente motivada. A educação médica de qualidade é reconhecidamente fundamental para um serviço clínico também qualificado.

Para esse propósito, afigura-se indispensável prever (na medida do possível) as competências a adquirir pelos médicos do futuro e desenvolver processos educacionais para a sua formação. Quer as competências quer o sistema de formação são variáveis, em adaptação constante às modificações científicas, tecnológicas socioeconómicas e políticas do meio. Na prática, a incerteza do meio de actuação é representada por novas situações clínicas e pelos novos contextos em que decorre a prática assistencial. Nada garante que a criação de novos conhecimentos, por ex. sobre um novo tipo de vírus mortal, seja acompanhada por cuidados médicos eficazes. Este tipo de inconsistência não é passível de controlo, o que não impede, porém, que os governos e as instituições responsáveis pela formação e pela prática clínica não estejam atentos, antecipando soluções. Numa outra perspectiva, a formação médica poderá ser de excelência e, em contrapartida, a prática assistencial não ter condições de funcionamento e desenvolvimentos equivalentes, por múltiplas razões. O espectro da falência económica e funcional que desde há anos afecta os Centros Académicos Universitários norte-americanos, instituições de excelência formativa e científica, exemplifica bem os desequilíbrios conjunturais resultantes da incerteza, a requererem novas soluções, também com intervenção de médicos experientes na gestão dos cuidados de saúde.

Em qualquer dos exemplos referidos há desequilíbrio entre os novos eventos e as capacidades de resolução disponíveis. Aqueles novos acontecimentos mais cedo ou mais tarde originarão novos saberes que, para aplicação e desenvolvimento concretos, devem ser inseridos em contextos globais. Na sequência, é natural que os resultados da aprendizagem e os mecanismos de assimilação dos novos conhecimentos venham a ser reformulados, aproximando os currículos e as metodologias das finalidades perspectivadas.

A formação médica para os novos paradigmas terá de ser concebida e desenvolver-se na perspectiva dos novos desafios e dos novos contextos, em continuada mudança organizacional, mobilizando recursos integrados, com intencionalidade estratégica e, fundamentalmente, tendo a investigação como principal pólo de dinamização educacional.

Bibliografia

- Abrahamson S, Barron J, Elstein AS, Hammond WP, Holzman GB, Marlow B, Taggart MS, Schulkin J – Continuing medical education for life: eight principles. *Acad. Med.* 1999; 74:1288-1294.
- Bland CJ, Meurer LN, Maldonado G – Determinants of primary care specialty choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. *Acad. Med.* 1995; 70:620-641.
- Campbell EG, Weissman JS, Blumenthal D – Relationship between market competition and the activities and attitudes of medical school faculty. *JAMA* 1997; 278:222-226.
- Catto GRD – Interface between university and medical school: the way ahead? *Br. Med. J.* 2000; 320:633-636.
- du Bolay C – Revalidation for doctors in the United Kingdom: the end or the beginning? *Brit. Med. J.* 2000; 320: 1490 (editorial).
- Ellrodt G, Cook DJ, Lee J, Cho M, Hunt D, Weigartem S – Evidence based disease management. *JAMA* 1997;278:1687-1692.
- Fargason CA, Jr, Evans HH, Ashworth CS, Capper SA – The importance of preparing medical students to manage different types of uncertainty. *Acad. Med.*1997; 72:688-692.
- Fields SA, Usatine R, Steiner E – Teaching medical students in the ambulatory setting. Strategies for success. *JAMA* 2000; 283:262-264.
- Fogelman AM, Goode LD, Behrens BL, De Angelis CO, Forsyth JO, Glwertz SC, Houpt JL, Hutton JJ, Kelley WN, Korn D, Marton LJ, Tartaglia AP, Wallace AG, Wallin WR, Walters FM – Preserving medical school's academic mission in a competitive marketplace. *Acad. Med.* 1996; 71:1168-1199.
- Friss M – Medical informatics' promised land: are we there yet? *Acad. Med.* 1999; 71:1301-1306.
- Goldacre MJ, Davidson JM, Lambert TW – Career choices at the end of the pre-registration year of doctors who qualified in the United Kingdom in 1996. *Med. Educ.* 1999; 33:882-889.
- Helmuth L – NIH, under pressure, boosts minority health research. *Science* 2000; 288:596-597.
- Hunter DJ – What will doctors be doing in the 21st century? *Med. Educ.* 1997; 31 (supplement 1):71-74.
- Jones R, Higgs R, de Angelis C, Prideaux D – Changing face of medical curricula. *Lancet* 2001; 357:699-703.
- Jones RF, Korn D – On the cost of educating a medical student. *Acad. Med.* 1997; 72:200-210.
- Kachur E – Primary care education in the United States. Trends and prospect. *Med. Educ.* 1999; 33:794-796.
- Relman AS – The market for health care: where is the patient? *Clin. Chemistry* 1997; 43:2225-2229.

- Skeff KM, Mutha S – Role models guiding the future of medicine. *N. Engl. J. Med.* 1998; 339:2015-2017.
- Slotnick HB – How doctors know when to stop learning. *Medical Teacher* 2000; 22: 189-196.
- Smith R – The future of health care systems. *Br. Med. J.* 1997; 316:1495-1496.
- Snyderman R, Holmes EW – Oversight mechanism for clinical research. *Science* 2000; 287:595-597.
- Sousa Pinto A – Ensaio sobre a formação básica em Medicina Geral e Familiar no século XXI. *Educ. Médica* 1999; 10:170-181.
- Steinert Y – Faculty development in the new millenium: key challenges and future direction. *Med. Teacher* 2000; 22:44-50.
- Stephenson A, Higgs R, Sugarman J – Teaching professional development in medical schools. *Lancet* 2001; 357:867-870.
- Towle A – Changes in health care and continuing medical education for the 21st century. *Sr. J. Med.* 1998; 316:301-304.
- Vladeck SC – Graduate medical education: reorienting for the future. *Acad. Med.* 1994; 69:32-33.
- Wallace AG – Education tomorrow's doctors: the thing that really matters is that we care. *Acad. Med.* 1997; 72:253-258.
- Woolliscroft JO – Planning for undergraduate teaching. *Med. Educ.* 2001; 35:94-96.

I – CIÊNCIA E CULTURA NUMA SOCIEDADE
EM MUDANÇA

3. Investigação

Investigação Básica ou Investigação Aplicada; *Luxo ou Necessidade?**

Introdução

Num país como o nosso, que investiu em 1982 apenas 0,36% do produto interno bruto no sector da investigação científica, são oportunas interrogações tais como: É a investigação uma actividade que de facto se pretenda desenvolver? Há alguma utilidade prática no dispêndio daquelas verbas? É de facto possível existir investigação científica relevante com verbas tão exíguas? Terão os investigadores voz activa na determinação de tão baixos índices orçamentais? Terá a sociedade opinião formada sobre as consequências futuras de uma investigação nacional forçada a uma subsistência quase simbólica?

No conjunto e pela experiência dos últimos anos, as respostas tenderão para uma negativa absoluta. Subjacente a grande parte desse negativismo parece haver uma atitude social e política que considera mais importante o presente que o futuro, mesmo que o porvir deva ser definido de imediato. Numa alternativa mais sofisticada poderíamos considerar que o estado actual de investigação científica portuguesa reflecte o antagonismo entre duas concepções diferentes, uma favorável ao desenvolvimento exclusivo da pesquisa que conduz a finalidades práticas (investigação aplicada), fase aos que defendem uma investigação aparentemente sem utilidade imediata (investigação fundamental ou básica).

No fundo destas tensões sociopolíticas e científicas, resta uma pergunta a que urge dar satisfação: é a investigação científica nacional um *luxo* ou uma *necessidade*? A resposta passa pela definição de uma plataforma de entendimento entre as várias perspectivas e motivações em despique.

* OC – In: Bioq. Aplic. 1985; II (2):4-8.

1.ª Conferência Nacional do Ensino Superior Univ. Coimbra. 11-13 Jan., 85.

O que é a investigação

Admite-se que o progresso social das populações assenta numa sucessão de etapas que, pela pesquisa, adicionam pequenos factos ao conhecimento organizado, deste modo em crescimento constante. Todavia, nem esses novos dados são imutáveis nem existem problemas complexos que, estudados mais atentamente, não adquiram complexidade ainda maior. Infere-se assim que crescimento do conhecimento organizado pressupõe renovação permanente, viabilizada exclusivamente pela investigação.

Esta actividade, que deverá considerar-se a grande força motriz do progresso, representa a procura sistemática das respostas lógicas para pequenos problemas, sejam biológicos, matemáticos ou artísticos.

Essa pesquisa, que na generalidade nasce de uma observação casual e percorre um longo caminho de frustrações, insucessos e, também, de alegrias, poderá alcançar uma resposta satisfatória mas sem utilidade prática aparente. Todavia, poder-se-á afirmar sem o risco de errar que os resultados hoje alcançados e que parecem sem interesse não serão amanhã confirmados, revelando-se a base de apoio de uma descoberta vital para a humanidade? A história contemporânea está cheia de exemplos que demonstram o contrário.

Investigação pura e aplicada

A incerteza utilitária da resposta obtida ou, mais genericamente, a ignorância sobre os mecanismos de evolução do conhecimento humano, são os inimigos mais poderosos da investigação fundamental e dos seus mentores. O problema não é de hoje, pois já Copérnico e muitos outros cientistas sentiram desde longa data os efeitos da repressão social e política sobre os seus estudos.

Restringindo o problema ao campo das ciências biológicas e biomédicas (com que estamos mais familiarizados) é indubitável que grande parte da investigação que se pretende aplicada tem as suas raízes em pesquisas básicas, sem qualquer relação aparente com o desenvolvimento posteriormente alcançado.

Repare-se no sucedido com a descoberta da penicilina. Alexandre Fleming não descobriu a penicilina à cabeceira de um doente nem num laboratório de síntese orgânica mas por uma observação fortuita, ao verificar que o crescimento bacteriano era inibido pelo bolor. A substância daqui isolada, quando injectada em animais infectados por bactérias, erradica a doença. Ninguém hoje pode negar os benefícios clínicos da penicilina.

Por sua vez, a descoberta dos Raios X nasceu das pesquisas desenvolvidas por físicos sobre o comportamento da electricidade no vácuo.

Mais recentemente, foi demonstrado que cerca de 2/3 das contribuições fundamentais para o avanço médico no campo das doenças cardiovasculares e pulmonares tinham características próprias de investigação pura.

Por sua vez, a identificação do ácido desoxirribonucleico (DNA) como a substância nuclear que conserva e perpetua o código genético parecia resolver todos os problemas da hereditariedade. Todavia, ainda não foi esclarecida a sequência total do genoma humano nem se sabe a que genes correspondem a maioria das proteínas celulares. Até agora, a maior molécula de DNA de que se conhece a sequência exacta é a de um parasita bacteriano, o fago lambda.

Mas terá porventura alguma utilidade esse tipo de pesquisas, particularmente as desenvolvidas durante anos e anos na bactéria *Escherichia coli*? A resposta parece hoje evidente, substanciada no interesse crescente de grandes companhias internacionais na criação de mutantes bacterianas especializadas na síntese de hormonas ou outras proteínas de aplicação diversas. E, o que é mais espectacular, já existem planos para uma cirurgia genética, visando a cura de determinadas doenças humanas hereditárias através da substituição de genes defeituosos por genes “sãos”.

Apesar de estes factos sugerirem que sem pesquisa fundamental não há progresso médico ou biológico (tal como em outros campos da ciência) verificam-se pressões constantes que tendem a desviar os investigadores para problemas imediatos ou que, mais radicalmente, negam qualquer utilidade à investigação que não seja a de consumir sem proveito os dinheiros públicos.

Obviamente esta última perspectiva, mais própria de sociedades limitadas à subsistência, acaba por ser suicida em futuro próximo.

Embora a investigação fundamental desenvolvida em liberdade possa ser a principal dinamizadora da evolução social e tecnológica, há que admitir para a investigação aplicada um lugar próprio, de grande interesse potencial.

A investigação fundamental e a aplicada não se excluem, antes se completam ainda que em equilíbrio crítico. Esse equilíbrio oscila entre as necessidades imediatas que requerem soluções adequadas e os hipotéticos benefícios das descobertas sem aplicação actual, mas que podem ser a base de resolução de problemas futuros. Por exemplo, as viagens espaciais tripuladas tornaram-se possíveis após uma imensidade de estudos sobre as funções do corpo humano em situações de imponderabilidade. Os dados científicos desde então obtidos conduziram a um avanço extraordinário na fisiologia e bioquímica humanas, a par de um progresso espectacular em instrumentos hoje utilizados no diagnóstico e tratamento de doenças diversas. Sucessos equivalentes da investigação aplicada são conhecidos na agricultura e pecuária, de que têm resultado estirpes vegetais ou animais com potencialidades alimentares substanciais mais elevadas que as estirpes comuns.

Todavia, por muito relevante que seja o interesse da investigação aplicada e do desenvolvimento planeado, subsistem riscos a não ignorar.

Um desses riscos é o da investigação aplicada se afastar progressivamente das suas raízes fundamentais, na tentativa de soluções pragmáticas que talvez nem sejam alcançadas por completo. Neste intervalo, os investigadores, atraídos por financiamentos generosos e condições de trabalho superiores às que usufruíam, abandonam actividades eventualmente mais úteis, a longo prazo.

No entanto, o desvio de fundos para a investigação é (e será sempre) um argumento de peso, sobretudo quando o corte orçamental em áreas consideradas menos prioritárias conduz à virtual interrupção desses trabalhos ou até ao desemprego. Nestes casos, que opção restará aos investigadores senão enveredar por uma tarefa diferente, mesmo que isso lhes limite a criatividade e a motivação?

Pressões sociais

Dois tipos principais de pressões antagonizam a liberdade de investigação: opções económicas e cepticismo social.

O cepticismo, ou hostilidade, da sociedade relativamente à ciência em geral e investigação em particular afiguram-se quase um fenómeno cíclico; abrandam em períodos em que é divulgada uma descoberta que parece melhorar a vivência humana (p. ex., a identificação de fontes alternativas de energia, o progresso da informática) e recrudescem quando esses progressos se acompanham de inconvenientes reais (p. ex., poluição, esgotamento dos recursos naturais, desemprego).

E não haverá de facto razões para olhar a ciência com desconfiança quando a energia nuclear é associada a aplicações bélicas apocalípticas ou quando não se vislumbra cura para o cancro ou uma vacina para a malária, enquanto as naves espaciais aterram na lua ou percorrem o universo há já alguns anos?

Estudos sobre a recombinação do DNA têm sido recentemente alvo de grande polémica. Segundo a opinião pública e de diversos responsáveis pela investigação, aqueles estudos, pelos perigos a que podem levar o uso e abuso dos recombinantes, deveriam ser proibidos. Aparentemente trata-se de um problema ético, também extensível a outros domínios da ciência (p. ex., a fissão nuclear) mas que tem, como contrapartida, a limitação da liberdade de investigação. E é aqui que a contestação estala.

Com efeito, a admissibilidade de tabus científicos por se recearem abusos futuros constitui um argumento perigoso. Nessa perspectiva, o estudo da teoria da relatividade ou o desenvolvimento de técnicas contraceptivas seriam também tabus a preservar, como o foram durante longos anos as pesquisas em cadáveres humanos. Argumentos equivalentes, contestando o

benefício de determinada investigação, foram também invocados em épocas diferentes contra Galileu, Darwin e Freud.

A questão terá de ser reformulada, separando as convicções pessoais do que é conhecimento científico. É de facto admissível que alguns investigadores se recusem a prosseguir as suas investigações, receando os efeitos a que possam conduzir. Essa é, no entanto, uma posição individual, a assumir em perfeita liberdade e nunca imposta. Todavia, a menos que se queira moldar o século XXI e seguintes à imagem do presente, a investigação não deverá ser proibida. Se esses argumentos tivessem persistido ainda hoje acreditaríamos que a terra era plana.

Abusos e deficiente utilização dos conhecimentos sempre os houve (e haverá) mas terão de ser aceites como subjacentes a um progresso que permitiu que inúmeras doenças infecciosas fossem erradicadas ou limitadas ao mínimo ou, ainda, que a condição humana esteja hoje facilitada pelos frigoríficos, telefones, etc. E, no entanto, a electricidade pode matar, assim como as bactérias ou outros microorganismos podem ser utilizados na guerra biológica. Seria hoje possível curar alguns tipos de leucemias por transfusão da medula óssea ou salvar uma vida pela transfusão de sangue de outro ser humano se as pesquisas que estiveram na sua origem tivessem sido proibidas?

A dificuldade principal deriva da ausência de garantias de que determinada tecnologia ou conhecimento devam ser proibidos, não com base em suposições mas em factos. Qualquer pesquisa conduz a situações irreversivelmente diferentes das existentes ou previsíveis. Alguns dos seus efeitos serão maus e outros bons. No caso da recombinação genética poderá haver consequências incontroláveis; mas, não serão de prever também melhorias espectaculares na condição humana? Há que pesar as consequências para ambos os lados. Todavia, são os resultados possivelmente desastrosos que estão a servir de fundamento para se proibir toda a investigação no sector, independentemente dos resultados que venham a ser de facto demonstrados.

Negar a liberdade de investigação com base em probabilidades é um risco também grande para a Humanidade, no momento já condicionada por excesso demográfico e limitação dos recursos alimentares e energéticos em futuro próximo.

Deverão interromper-se as pesquisas sobre o envelhecimento humano por ser indesejável aumentar a idade média humana? Deverão as pesquisas sobre a predeterminação dos sexos da criança ser abolidas com base em potenciais desequilíbrios de sexos? Deverão cessar as tentativas para contactar presumíveis inteligências extraterrestres, por recear-se o efeito devastador de conhecimentos diferentes sobre a sociedade humana? Não parece haver qualquer base racional para tais argumentos e as consequências da restrição das pesquisas seriam certamente inaceitáveis para as gerações vindouras.

O problema terá de ser resolvido através da capacidade de direcção e controlo dos produtos de investigação e não da sua proibição simples. A

inteligência humana que concebe novos campos de acção será também capaz de, na altura oportuna, encontrar meios que ultrapassem os perigos que se lhes associam. Em alternativa, dar ouvidos aos apelos à prudência poderá constituir um convite à preservação da ignorância.

A publicidade excessiva de determinados factos mais espectaculares da investigação junto de um público ávido de novidades mas que poderá, na generalidade, não se encontrar preparado para as aceitar ou debater criticamente, estará na origem de algumas posições negativas perante a ciência em geral.

Em geral, esses assuntos são veiculados dos centros das pesquisas para o exterior por alguns dos investigadores neles envolvidos. Como princípio genericamente aceite, a investigação é uma actividade aberta cujo desenvolvimento se baseia na troca de informações entre investigadores de centros diferentes. Obviamente, existe alguma privacidade nessa troca de informação, levada ao extremo em situações que colidam com a segurança nacional, interesses industriais ou outras situações especiais. No entanto, se mesmo os segredos mais guardados acabam por ser conhecidos, que dizer de projectos de investigação regularmente publicados em revistas científicas?

É assim natural que alguns desses resultados, como os da recombinação do DNA, tenham gerado uma discussão acesa que rapidamente alastrou a outros campos da ciência, pondo em causa a liberdade de investigação. Se o temor pelas consequências de determinadas pesquisas triunfasse não seria de estranhar que os governos, pressionados pela opinião pública, desenvolvessem mecanismos repressores da investigação. E quais seriam então os critérios utilizados para afirmar-se que determinada pesquisa é prejudicial enquanto outra virá a ser útil?

Pressões político-económicas

Tanto pelos argumentos expostos ou outros, os governos são tentados a exercer um controlo mais ou menos apertado sobre a liberdade da investigação.

Em grande parte, as razões invocadas baseiam-se em interesses (ditos) nacionais, frequentemente associados a problemas de defesa ou económicos. Justifica-se assim que, em países com fortes tradições e êxitos reconhecidos na investigação, se assista ao desvio de fundos da pesquisa médica ou estudos de fontes alternativas de energia para a investigação centrada na “guerra das estrelas”.

Entretanto, no nosso país, as escassíssimas verbas postas à disposição da investigação são limitadas, por alguns órgãos sob dependência governamental, ao desenvolvimento de estudos sobre os recursos alimentares e energéticos. Mais recentemente, surgiu a ideia de que a 3.^a revolução industrial poderia ser acompanhada com êxito em Portugal; desde então, multiplicaram-se os inves-

timentos aplicados na ciência informática. Todos estes esforços, sugerindo que os resultados obtidos tendem a originar novos postos de trabalho, são sempre bem-vindos por uma população sob forte recessão económica.

Todavia, e mais uma vez, a que critérios obedece a definição dessas prioridades de investigação e por quem são definidas?

Antes de se responder, há que recordar que os legisladores governamentais são basicamente homens de leis e, como tal, decidem a partir de informações recebidas. Se os dados colhidos forem ditados por convicções particulares ou públicas, não precedidas de qualquer apreciação crítica pelos especialistas na matéria – neste caso, os investigadores científicos – ou, na alternativa, corresponderem a ditames do poder, é de prever que a distribuição das verbas dedicadas à pesquisa fundamental ou aplicada não coincida com as necessidades reais em causa. Determinadas linhas de investigação poderão ser fortemente limitadas por carências económicas ou, em casos extremos, virão a sofrer os efeitos de uma lei que a proíba.

É assim de temer que os políticos desempenhem um papel de tremenda importância na investigação científica, ao decidirem com escasso conhecimento dos factos reais, e ainda menor conhecimento sobre as suas consequências.

Conclusões

Não haverá dúvidas, pelo menos nas camadas mais intelectualizadas da população, sobre o impacto e importância de uma investigação, fundamental e ou aplicada, no progresso das condições humanas e consequente adaptação ao futuro.

Todavia, a preservação da pesquisa científica como actividade desenvolvida em liberdade e sem limitações por razões subjectivas não pode ficar dependente apenas de pressões sociopolíticas ou outras razões do momento. Os cientistas têm, no contexto, uma acção relevante, não só como intervenientes directos nos trabalhos que desenvolvem mas, sobretudo, como críticos e especialistas a serem ouvidos no momento da decisão.

Para tal, os cientistas não deverão cair na tentação de se limitarem a discutir questões de verbas mas, acima de tudo, terão de intervir em problemas tão vitais como a qualidade de investigação. As suas opiniões deverão ser divulgadas nos meios da imprensa especializada ou pública até serem conhecidas e compreendidas pelos políticos a quem compete decidir. Não é perder mais oportunidades aguardando que o melhor aconteça, sob pena de se limitar, passo a passo, o progresso científico que vai influenciar (agora) os acontecimentos futuros.

Quer a investigação fundamental quer a aplicada têm lugares próprios; nenhuma é um luxo e ambas são uma necessidade.

Docência, Investigação e Interdisciplinaridade em Medicina. Uma Questão em Aberto (OC)*

1. Com o aproximar do fim do século a Universidade Portuguesa terá de se definir e organizar como um espaço de convergência multidisciplinar, gerador de progresso e nivelador das diferenças actuais, relativamente às capacidades e realizações dos centros universitários estrangeiros.

A Universidade Portuguesa terá de se assumir como um espaço de mudança e vitalidade.

As Faculdades de Medicina não poderão afastar-se daquelas orientações, sob pena de continuarem a perder competitividade e eficácia. Actualmente, há que constatar a baixa produtividade científica das Faculdades de Medicina nacionais, em que se conhecem poucos trabalhos que sejam aceites ou tenham sido publicados em revistas médicas internacionais com crítica editorial.

Igualmente, sabe-se que os reparos à eficácia do ensino médico nacional deriva de um sistema que conduz quase só ao “saber” e muito pouco ao “saber fazer”.

Em qualquer dos casos, a situação actual é o paradigma das insuficiências conceptuais, materiais e humanas a que chegou o ensino médico nacional.

2. A FML não se distingue significativamente das faculdades suas congéneres. Todavia, será a que merece mais prestígio e revelou mais dinamismo, concentrando assim atenções, expectativas e, por isso, responsabilidades redobradas.

A FML poderá bem ser o ponto de partida para as mudanças de estilo pedagógico e capacidades inventivas que se exigem, no âmbito do ensino e da investigação médica nacionais.

Grande parte dessas alterações passa pela valorização das ciências básicas, por duas razões. Por um lado, a metodologia dedutiva e/ou experimental que está subjacente àquelas ciências pode ser utilizada como treino de capa-

* OC – In: Boletim da FML 1989; 43:8.

idades e atitudes específicas no âmbito da formação clínica; o aluno que aprende as disciplinas básicas interpretando, analisando e resolvendo problemas concretos será certamente um aluno mais apto a observar um doente e estabelecer diagnósticos diferenciais, do que outro apenas solicitado a reproduzir factos teóricos.

Em segundo lugar, o desenvolvimento das ciências básicas inclui a renovação da estrutura, a modernização do seu ensino e equipamento, a preparação dos seus docentes, a inclusão de peritos numa equipa necessariamente multidisciplinar.

Já não é possível conceber-se hoje que diversas áreas científicas integradas no ciclo básico do currículo de medicina sejam, ou possam vir a ser, competentemente desenvolvidas apenas por médicos, não habilitados com formação teórica específica.

Admitir tal capacidade equivale a exigir que o docente ou investigador médico dessas áreas adquira outra licenciatura (p. ex. matemática, biofísica, mecânica, química). Em alternativa, resta aceitar que esses docentes ou investigadores pouco mais sejam que “amadores” com dificuldades (progressivas) em áreas científicas (cada vez mais) complexas.

3. Actualmente, a progressão a que um docente não-médico pode aspirar na carreira docente das Faculdades de Medicina começa por ser limitada a nível do doutoramento. Se for doutorado noutra área científica, não reúne as condições de admissibilidade para a agregação em Medicina.

Os docentes não médicos que ocupavam ou ocupam cargos de topo têm-no sido por períodos limitados e em regime de convite excepcional.

Uma das poucas alternativas que se oferecem aos docentes não-médicos consistirá na progressiva integração em lugares de investigadores, no âmbito da Carreira de Investigação agora alargada à Universidade pelo Dec. Lei 68/88 (que revoga o anteriormente disposto no Dec. Lei 415/80). Teoricamente, essa abertura de expectativas (e saída profissional legítima) possibilitará um “casamento de conveniência” entre formações universitárias distintas mas interdependentes em termos científicos e funcionais: os médicos serão virtualmente os únicos docentes e os não-médicos serão quase só investigadores.

Todavia, haverá razões para temer algumas nuvens neste horizonte que se antevia limpo. Em primeiro lugar, os docentes não-médicos poderão sentir-se amputados de uma função (a de ensino) que considerem essencial para a respectiva vivência, ao serem relegados para actividades de investigação por si estéreis para quem gosta de transmitir conhecimentos.

Segundo, e em estreita relação com o ponto anterior, a investigação não pode deixar de ser considerada como parte essencial do ensino superior; se investigar sem ensinar é estimulante, não será também absurdo que só alguns

dos que investigam possam ser docentes a tempo inteiro? Esta discrepância será particularmente sentida a nível das disciplinas básicas de Medicina (p. ex., a Biofísica, a Biomatemática, a Bioquímica), em que não haverá razões plausíveis ou técnicas para que o ensino seja distribuído aos docentes médicos, e a investigação apenas aos não-médicos.

Por fim, não se afigura lógico que os docentes universitários que desenvolvem simultaneamente duas actividades (docência e investigação) venham a receber salários iguais aos dos investigadores; estes, só a título voluntário participarão no ensino, sendo-lhes requerido apenas o desempenho de uma função. A verificar-se a igualdade de remunerações serão de prever reivindicações por parte dos docentes universitários. Em alternativa, poderá suceder que os investigadores não-médicos, que sejam no presente docentes, venham a reclamar de eventuais discriminações, com base num posicionamento a que se viram forçados para progredirem profissionalmente.

4. A menos que algumas destas conjunturas sejam evitadas, o desenvolvimento integrado e multidisciplinar da Faculdade de Medicina poderá vir a atravessar vicissitudes não desejadas. Os problemas daí resultantes – tais como um acentuar da escassez de médicos que se candidatam a funções docentes, ou o esvaziamento do quadro de investigadores por troca com ocupações mais aliciantes serão acrescidos pelas dificuldades e/ou escassa capacidade tecnológica que já hoje caracterizam a generalidade das disciplinas básicas do curso médico.

Naturalmente, qualquer daqueles cenários é indesejável. Ambas as carreiras não poderão ser fontes de antagonismo mas de confluência.

Tendo por campo de análise apenas as disciplinas básicas, será admissível que alguns médicos desejem ser apenas investigadores, enquanto alguns dos actuais docentes não-médicos possam a vir a ascender, formalmente, a funções superiores na carreira docente, se assim o pretenderem e a tal lhes for dada a possibilidade, nos limites previstos na Lei.

A valorização das ciências básicas surge assim como condição indissociável da melhoria do ensino e progresso da Medicina. Essa valorização terá de ser baseada em equipas multidisciplinares, integradas por médicos e de outras formações universitárias, em igualdade de direitos e oportunidades.

As Ciências da Saúde e a FML: Balanço de um Concurso*

A Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica (JNICT) acaba de publicar em Boletim ID-Especial o balanço do 2^o concurso para financiamento de projectos no âmbito do “Programa Mobilizador de Ciência e Tecnologia” (PMCT). No mesmo número é feita a comparação exaustiva entre os dois concursos do PMCT, realizados em 1987 e 1989/90.

A síntese dos resultados gerais e reflexões agora divulgados pela JNICT justificam, prioritariamente, os maiores encómios de toda a comunidade científica, pela clareza e transparência sempre desejáveis, e aqui conseguidas, em processos desta natureza.

Médicos e investigadores da área Biomédica e das Ciências da Saúde encontram-se entre os cientistas que têm estado mais empenhados no adequado desenvolvimento do PMCT. O apoio que, a propósito, foi concedido pela JNICT a diversos grupos de investigadores na área das Ciências da Saúde possibilitou-lhes equipamentos e condições de trabalho, que, de outro modo, dificilmente seriam granjeados.

Os reflexos daí resultantes sobre a melhoria da qualidade e aumento da produção científica serão de certo positivos e visíveis em futuro próximo. Neste particular é grande a expectativa sobre os resultados científicos dos projectos prioritários que a JNICT definiu para o PMCT de 1989. Saliente-se que a definição de subáreas prioritárias nas Ciências da Saúde foi (e continua a ser) objecto de algumas reservas por parte da grande maioria dos investigadores, sobretudo daqueles com interesses científicos distintos e, por isso, potencialmente excluídos do contexto do PMCT.

Das 198 propostas submetidas ao 2^o concurso do PMCT na área das Ciências da Saúde, apenas 47 (23,7%) foram aprovadas. Esta percentagem, ainda que possa considerar-se razoável em termos internacionais, não esconde, porém, uma penosa realidade: três em cada quatro projectos apresentados a concurso não receberam aprovação e subsequente financiamento (Tabela 1).

* NE – In: Boletim da FML 1991; Série II (8): 17-18.

Independentemente das desmotivações pessoais, das dificuldades criadas ao prosseguimento de determinada (s) linha (s) de acção e de problemas quejandos (próprios de quem trabalha na investigação científica), há que admitir que a aprovação de menos de 1/4 das candidaturas é muito escassa para uma comunidade que poucas ou nenhuma alternativas dispõe para financiamento dos seus projectos. Num arremedo de cálculo de probabilidades, e a manter-se a desproporção entre projectos aprovados e rejeitados, será de prever que cada grupo investigador passe a apresentar quatro propostas a concurso, para que uma seja financiada.

Tabela 1 – Comparação entre propostas concorrentes e aprovadas na área das Ciências de Saúde no 2^o PMCT*

Instituições	Total de Propostas Submetidas	Total de Propostas Aprovadas	% Aprovações
Da Área do Porto	75	26	34,7
Da Área de Coimbra	28	9	32,1
Da Área de Lisboa	94	12	12,8
Outras	1	0	0

* Resultados adaptados do Quadro XIV do relatório publicado no Boletim ID Especial, Dez. 1990.

Obviamente a situação complica-se se continuar a haver grupos com mais de uma proposta apoiada. Na mesma linha de probabilidades, por cada dois projectos aprovados a um dado grupo haverá 6 ou mais que tiveram (ou vêm a ter) a (s) sua (s) proposta (s) rejeitada (s).

A área das Ciências da Saúde foi a que obteve menor percentagem de projectos aprovados, quase metade do verificado para a Biotecnologia, a qual conseguiu o máximo de aprovações entre as sete áreas a concurso. Apenas as Ciências Agrárias tiveram menor proporção de projectos aprovados do que as Ciências da Saúde.

É de notar, entretanto, que os 47 projectos aprovados na área das Ciências da Saúde receberam, no conjunto, maior financiamento do que qualquer das restantes áreas científicas.

Face ao exposto, é admissível considerar várias justificações para a escassez de projectos aprovados na área das Ciências de Saúde, com destaque para as seguintes:

- (i) excesso de propostas para o financiamento disponível
- (ii) deficiente qualidade científica de 3/4 das propostas concorrentes
- (iii) propostas maioritariamente desinseridas das prioridades científicas traçadas.

Numa primeira análise dos resultados disponíveis no relatório da JNICT, qualquer das hipóteses, isoladamente ou no conjunto, é uma explicação plausível. Porém, os critérios que estiveram na origem daquelas discrepâncias permanecem abertos a debate.

Na base de todas as incertezas continuam a estar os motivos que induziram a Comissão Coordenadora da Investigação das Ciências da Saúde a considerar prioritários (isto é, potencialmente financiáveis) os projectos de investigação nas seguintes subáreas:

- (a) Engenharia Biomédica
(biomateriais, luz e imagem, processamento de sinais)
- (b) Neurociências
(neuroanatomia/neurofisiologia; neurologia molecular; neuroquímica)
- (c) Patologia Molecular
(doenças genéticas; imunologia; oncobiologia; virologia/parasitologia; saúde pública e epidemiologia)

Não deixa de ser surpreendente constatar que o apetrechamento e capacidades científicas dos centros universitários de Lisboa/Vale do Tejo para o desenvolvimento daqueles projectos prioritários pareciam estar muito abaixo dos centros do Norte e Centro do País. De facto, a percentagem de projectos financiados pela 2^a PMCT na área das Ciências da Saúde foi cerca de três vezes mais elevada para os concorrentes dos centros de investigação do Norte e Centro do País, que para os de Lisboa (respectivamente 34,7%, 32,1% e 12,8% de aprovações).

Tão significativa desproporção, que coloca os centros de Lisboa numa aparente situação de “atraso científico” (no que respeita às prioridades definidas), será motivo para algumas reflexões clarificadoras ou esclarecimentos mais detalhados. De facto não é credível que os centros universitários de Lisboa, com destaque para as suas Faculdades de Medicina, estejam tão incapacitados cientificamente como o parecem demonstrar os resultados agora divulgados pela JNICT.

Iguais razões terão pesado na escolha dos avaliadores, organizada pela Comissão de Coordenação Científica: (i) cerca de metade dos avaliadores convidados provieram dos centros nortenhos e (ii) nenhum dos avaliadores dos centros de Lisboa pertencia a qualquer das Faculdades de Medicina.

A FML, mais uma vez, também não teria nos seus quadros (cerca de cinco centenas de docentes) avaliadores científicos à altura do momento.

Pela apreciação da lista das Instituições com projectos sancionados na área das Ciências da Saúde, verificou-se outro facto preocupante: a Faculdade de Medicina de Lisboa (FML) é a única das Faculdades de Medicina que não consta entre as contempladas. Isto é, não existe apesar de se ter apresentado a concurso com um total de 9 propostas de investigação.

Em alternativa, é referido o Hospital de Santa Maria (HSM), com um projecto aprovado.

Mesmo admitindo que a FML e o HSM são a mesma instituição (o que não exactamente correcto, em particular desde 1975), é de sublinhar a depauperada posição em que a FML se apresenta no conjunto das restantes quatro Faculdades de Medicina, que totalizam vinte e dois projectos aceites (Tabela 2). Entretanto, os projectos “mais baratos” foram os apresentados pela Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, enquanto o do HSM foi o que requereu maior investimento potencial, logo seguido pelas propostas do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, que, no conjunto, obteve dos maiores índices de financiamento por Instituição.

Tabela 2 – Distribuição dos projectos aprovados e percentagens de financiamento atribuídas às Faculdades de Medicina e outras Instituições concorrentes na área das Ciências da Saúde*.

	Projectos (n)	Percentagens		Financiamento Por projecto
		Aprovação	Financiamento	
Total	47	100	–	–
Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa	4	8,5	4,3	1,1
Faculdade de Medicina de Coimbra	6	12,8	10,4	1,7
Faculdade de Medicina do Porto	6	12,8	10,4	1,7
Hospital de Santa Maria	1	2,1	2,6	2,6
Inst. Ciênc. Biomédicas Abel Salazar	6	12,8	14,7	2,5
Outras instituições	24	51,0	57,6	2,3

* Adaptação dos dados publicados no Boletim ID-Especial, Dez. 1990.

A situação descrita terá de suscitar inevitável apreensão entre os docentes e investigadores da FML. O facto central resume-se à ausência da FML entre as Instituições médicas e científicas nacionais que tiveram projectos de investigação apoiados na área das Ciências da Saúde, através do 2º PMCT.

Não parece credível que a “inexistência” da FML reflecta motivos conjunturais ou acessórios que estejam a desproteger os respectivos investigadores perante os seus pares de outras Instituições. Também, seria um absurdo admitir que a FML se encontra totalmente à margem das prioridades definidas pela Comissão de Coordenação Científica das Ciências da Saúde. Bem pelo contrário: diversos dos grupos da FML desenvolvem há anos actividades científicas referenciáveis e de valor internacional no âmbito das subáreas especialmente apoiadas pelo 2º PMCT.

Independentemente das causas que estão por detrás do fracasso colectivo da FML no concurso em referência – e cujo esclarecimento continua a interessar – existe a preocupação pelo futuro, que evite a repetição de próximos insucessos. A FML terá de encontrar formas de se lhes opor.

Algumas Vicissitudes Presentes e Futuras da Investigação Médica em Portugal*

A investigação da ciência médica desenvolvida nas faculdades de Medicina nacionais defronta-se com problemas relevantes, com destaque para a carência em meios financeiros e dificuldades estruturais, estas englobando instalações e pessoal qualificado.

Na realidade, nenhum daqueles problemas é raridade entre nós. Seria até redundância evidenciá-los novamente, não fossem as circunstâncias actuais – resultantes da integração na Comunidade Económica Europeia e as exigências em qualidade e capacidades daí resultantes – estarem a acentuar claramente a estagnação e/ou deterioração das condições de trabalho na área da pesquisa médica em geral e das ciências básicas da Medicina, em particular.

Começando pela questão mais conhecida, que congrega o habitual consenso no meio universitário – a das insuficiências em meios materiais para as funções exigíveis – as melhorias anunciadas ou sugeridas pelas autoridades governamentais não se verificaram ainda e será irrealismo prever-lhes uma data. Entre as variáveis mais recentes que poderiam inverter o descabro das disponibilidades orçamentais e estruturais das faculdades de medicina contam-se o regime de Autonomia Universitária e o Projecto Ciência. Ambas as medidas estão orientadas para objectivos que, paradoxalmente, nem sempre coincidem com os interesses e princípios por que se regem as instituições universitárias.

Na realidade, subsiste a contingência de a autonomia ser comparada à privatização de uma empresa pública ou ser entendida pelo órgão tutelar como forma de alijar responsabilidades financeiras, ainda que mantendo o controlo contratual e outras prerrogativas administrativas.

São bem conhecidas as dificuldades sentidas pelas universidades na gestão dos seus orçamentos anuais, em que não têm faltado, em anos sucessivamente recentes, alusões a possíveis roturas de tesouraria. No momento, as universidades procuram equilibrar os seus orçamentos anuais para propor-

* A – In: Acta Méd. Port. 1991: 4:52-53.

ções inferiores aos quase 95% do total que, em anos ainda próximos, eram consumidos com vencimentos. Obviamente, esta disposição (inaceitável) não deriva de haver pessoal em excesso mas por ser escasso o orçamento total destinado às universidades.

Mesmo assim, e não havendo efectivo reforço de verbas, a Universidade Portuguesa terá de sacrificar parte dos seus quadros (docentes) para conseguir elevar para 15% a fracção orçamental para as despesas de capital e consumo corrente. O *remédio* sugerido às universidades (aumento das propinas) não parece suficiente e tem efeitos perversos imediatos sobre a Instituição.

Não será credível que universidades em constante descapitalização possam competir com as instituições privadas pelos melhores profissionais. Também por carências óbvias de meios, a Universidade Portuguesa não poderá contribuir seguramente para a inovação e progresso científicos significativos que, em situação normal, lhes seriam exigidos.

Haverá faculdades de áreas técnicas e/ou industriais que, sem obstáculos de maior e até com vantagens pedagógicas e científicas, asseguram a prestação de serviços ao exterior, agora possibilitada pelo regime de Autonomia Universitária. Há exemplos concretos de apoio e particular atenção que os burocratas da área da Investigação e Desenvolvimento têm concedido, e planeiam continuar a conceder, no enfeudamento *utilitário* das universidades aos interesses e necessidades imediatas das indústrias.

Obviamente, a participação da Universidade em actividades de Desenvolvimento tem sido objecto de grandes polémicas em todos os países avançados, e não será agora ocasião para a debater. Além de questões de princípio, as vantagens e desvantagens apontadas não têm aplicação uniforme nem podem ser analisadas com igual peso para todos os ramos universitários.

Efectivamente, é com muita dificuldade (senão mesmo com oposição) que se antevê a aplicação daquele modelo às faculdades de medicina, pelo que o financiamento por troca de serviços será, nesta perspectiva, uma utopia. Restam escassas possibilidades a nível de algumas áreas experimentais das ciências básicas, mas os benefícios económicos daí resultantes não terão peso significativo.

Na sequência de um conjunto inédito de medidas promotoras da investigação científica iniciadas em 1986/87 (Programa Mobilizador da Ciência e Tecnologia), a JNICT pré-anunciou para 1989 o Programa Ciência. Esta iniciativa, negociada e programada no âmbito da Comissão das Comunidades Europeias, suscitou grande entusiasmo e o renovar de esperanças no meio universitário em geral, e das ciências da saúde em particular. A profusa distribuição pelo meio universitário e de investigação, desde Abril de 1990, de um livro com os objectivos e texto final do Programa Ciência, muito ajudou àquela euforia.

Infelizmente, porém, muitas das esperanças que despontaram em 1989 começaram a fenecer pouco depois, por duas razões principais. Primeiro, a

concentração de recursos em domínios considerados estratégicos é, pelo menos de momento, claramente dirigida ao fomento da investigação tecnológica, isto é, à investigação aplicada na produção com rendimento económico e à criação de infra-estruturas de grande porte, particularmente vocacionadas para sede de acções pré-estabelecidas. A formação avançada de investigadores e técnicos, assim como o apoio global às actividades desenvolvidas, estão também condicionados pelos objectivos estratégicos já definidos. A todas as restantes actividades ou interesses que requeiram apoio e subsídios mas não se enquadrem naqueles objectivos restam duas soluções: ou trocam os seus interesses científicos por objectivos mais *estratégicos* ou procuram outros patrocinadores. Às ciências médicas poderá estar destinada esta última opção, a menos que se encontrem muitos (inesperados) cultores das áreas exemplificadas nos editais e programas divulgados.

O segundo motivo de descontentamento potencial resulta da escolha (decalcada de prioridades médicas de outras latitudes) das áreas de Imunologia, Neurociências, Virologia-Parasitologia e das Tecnologias da Saúde como *exemplos* (sistematicamente utilizados) de domínios a fomentar e a apoiar através do Programa Ciência.

Além dos que protestam por aquelas escolhas, há os que, mais comedidamente, indagam sobre os critérios em que foi fundamentada a selecção das áreas médicas em referência. Porquê aquelas e não outras, quiçá *mais estratégicas* ou também importantes?

A legitimidade dessas interrogações e preocupações é reforçada pela consagração (entre os objectivos potenciais das infra-estruturas a apoiar) do desenvolvimento de actividades susceptíveis de *rentabilização económica*. Há que esclarecer em definitivo se a aplicação industrial (ou similar) das actividades de pesquisa constitui uma condição (fundamental, conveniente, favorável, acessória ou desnecessária) para que determinada entidade na área das ciências médicas seja financiada através do Programa Ciência. Resta acrescentar que o apoio à formação avançada de recursos humanos e à inovação se circunscrevem, virtualmente só, às áreas seleccionadas e comparticipadas do subprograma anterior.

A estreita articulação criada entre os domínios das ciências médicas seleccionadas (por critérios não-públicos) e os meios a que podem ter acesso será um motivo de felicidade para alguns praticantes certos e para os *novos convertidos* àqueles assuntos, mas também constituirá forte razão para frustrações e protestos de muitos outros que não se dispuseram, ou não quiseram, aderir àqueles objectivos.

Finalmente, o concurso aberto pela JNICT em 7 de Janeiro de 1991 para a 1ª fase subprograma I (Fomento de infra-estruturas de investigação e Desenvolvimento em Domínios Prioritários, em que se inclui a Saúde) deixou às instituições interessadas apenas dois (2) meses para prepararem e

apresentarem propostas com vista à formação de Institutos e Centros de Investigação. A complexidade processual do regulamento publicado limita obviamente, e em definitivo, as possibilidades de algumas entidades que estariam interessadas na constituição de Institutos mas não dispõem de tempo suficiente para os necessários contactos com unidades afins, dispersas pelo País ou estrangeiro. A menos que alguma coisa já estivesse concretizada (entre estudo de terrenos, ante-projectos de edifícios e inter-colaborações científico-funcionais) será irrealista admitir que as entidades concorrentes, que apenas em Janeiro tiveram acesso ao regulamento, tenham êxito nos seus propósitos.

Numa sociedade que ainda se limita a aplicar cerca de 0,5% do seu PIB em despesas de investigação e desenvolvimento, como é a nossa, é de temer pelo futuro científico dos grupos marginalizados do acesso a infra-estruturas e, implicitamente, impossibilitados de dispor de bolsas de estudo, estágios ou outras actividades de formação no País ou estrangeiro. Que fontes de financiamento restam disponíveis depois da *corrente* principal ser desviada, por tempo indeterminado, para outras direcções? Muito poucas, nas perspectivas actuais e futuras.

A menos que a situação seja corrigida ou surjam alternativas credíveis (já se fala num novo Programa Ciência para 1992) há razões para pôr em causa o futuro da investigação fundamental ou das áreas aplicadas não (tidas por) prioritárias, em particular nos domínios *não produtivos* da ciência, como é o caso da investigação médica.

É que, além da dificuldade em se conseguir apoio para infra-estruturas, também não está assegurado que os grupos subsidiados venham a beneficiar de financiamento para os respectivos encargos gerais de manutenção.

Limitações e Perspectivas de Ensino e Investigação no Ciclo Básico das Faculdades de Medicina Portuguesas*

Introdução

As faculdades de medicina portuguesas registam dificuldades crescentes a nível das disciplinas ditas *básicas*, isto é, aquelas que habitualmente são inseridas nos dois primeiros anos do curriculum pré-graduado. Entre outros, destacam-se dois principais problemas, um abrangendo a renovação e/ou captação de pessoal docente vocacionado, outro reportando-se à disponibilidade de meios financeiros e estruturas adequadas. Em ambos os casos – e salvo raríssimas excepções – a situação presente é apreciada com bastante preocupação (e pessimismo) pelos docentes responsáveis por aquelas áreas científicas.

Todavia, este panorama não é recente em Portugal. Poderá dizer-se que sempre existiu mas que se nota mais agora, por natural e constante comparação com o que se passa noutras latitudes, fruto de intercâmbios inter-universitários incentivados após a integração no espaço comunitário europeu.

No presente ensaio serão analisados alguns factores que contribuem certamente para a eternização, senão mesmo agravamento, da descapitalização em pessoas e de meios indispensáveis à prossecução de acções educacionais e de investigação na área do ciclo básico das faculdades de medicina nacionais.

São as ciências básicas necessárias?

A deterioração das perspectivas educacionais e funcionais, iniludível na generalidade das disciplinas do ciclo básico de medicina, contrasta com a importância em que as ciências básicas são tidas pelos sistemas de formação e prática médicas mais elaborados (1-6). A inclusão das ciências básicas no *curriculum* médico constitui a peça fundamental do programa educacional defendido por Flexner (7) e recentemente reapreciado em Edimburgo (8).

* A – In: Acta Méd. Port. 1992; 5:457-459.

O reforço da vivência científica no *curriculum* médico, através do estudo e prática das ciências básicas que Campbell propôs há um quarto de século (1), continua a ser uma estratégia plausível e fortemente motivadora. Campbell admitia que a ciência não era (directamente) necessária para ministrar cuidados de saúde a quem deles necessitasse. Todavia, não deixava de acentuar que o conhecimento científico e, sobretudo, o pensamento em termos científicos e experimentais, eram indispensáveis à melhoria da actividade, das técnicas de prestação daqueles cuidados de saúde.

A confirmar aquela posição recorde-se a análise que Comroe e Dripps publicaram em 1976 (9). Nesse trabalho foi exaustivamente demonstrada a relevância que a investigação não aplicada à clínica ou a problemas médicos tivera nos 10 principais avanços clínicos verificados nos 30 anos precedentes, na área das doenças cardiovasculares e pulmonares.

A indispensabilidade das ciências básicas na formação médica explica a diferença entre o progresso e a estagnação. Sem investigação não há progresso médico e este depende, em grande parte, dos conhecimentos e desenvolvimento das ciências básicas no âmbito universitário (10, 11).

Cândido de Oliveira (12), na oração de sapiência que proferiu em 1966 na sessão solene de abertura do ano académico da Universidade de Lisboa, salientou que *ensino sem pesquisa ou pesquisa sem ensino não conferem à Instituição o título de universidade*, acrescentando que *ciência e técnica são (...) os fundamentos em que se deve assentar a educação médica actual*. No dizer do mesmo autor, *não abrir as portas (da Universidade) às novas tecnologias (...) é votar a instituição ao malogro dos seus objectivos e lançar para uma comunidade dominada pela ciência e pela tecnologia graduados que não foram iniciados no corpo de conhecimentos que ela usa*, concluindo que *o problema tem particular relevância nas Escolas de Medicina que, por imperativo de matéria que versam, são a seu tempo colégios universitários e oficinas de aprendizagem técnica*. Esta mensagem ainda mantém plena actualidade.

Adicionalmente, continua a haver grande dificuldade no interrelacionamento do conhecimento básico com a prática clínica (2, 3, 13, 14). É mais um defeito de estratégia do que uma questão de conteúdo curricular (15). Todavia, está na origem de divisões entre áreas distintas do ensino médico e justifica que, *apesar de os estudantes não falharem os cursos, os cursos continuam a perder esses estudantes* (16), no que respeita à compreensão e ao uso dos conceitos fundamentais das ciências básicas (17).

Carências de enquadramento

Eventualmente, aquelas deficiências na formação médica pré-graduada estarão na origem do alheamento dos jovens clínicos pelos lugares que se lhe oferecem nas áreas básicas. Não parece crível, porém, que esses defeitos

sejam a única explicação, ou até a mais relevante, para justificar as dificuldades do sector.

Actualmente, o problema mais agudo reside na dificuldade em captar e reter docentes com capacidades inovadoras que estejam interessados em prosseguir uma carreira nas áreas básicas de medicina. Numa perspectiva mais lata, health (18) considera que esta crise vai influenciar marcadamente o futuro do ensino, da investigação e desenvolvimento da ciência médica.

A situação vivida nas faculdades que medicina nacionais é claramente diferente da verificada, p. ex., nas universidades americanas e inglesas, para cujos lugares da investigação básica ainda não faltam candidatos ávidos de novas oportunidades. Nestas universidades as actividades de investigação podem estar dissociadas de obrigações docentes, e vice-versa. A limitação dos recursos disponíveis para a investigação biomédica está, porém, a provocar o abandono do número crescente de investigadores universitários, atraídos por outras actividades economicamente mais compensadoras.

A propósito, Koshland (19) não se eximiu a propor, ironicamente, estratégias para que *os universitários recebam honorários de que os treinadores de futebol se possam orgulhar*. Também em Inglaterra é um facto conhecido de que os atractivos e segurança oferecidos pela medicina académica são manifestamente inferiores aos da clínica privada (20).

Haverá razões para admitir idênticas dificuldades entre nós (11). No presente, o diferencial dos honorários entre os lugares da carreira médica e as posições docentes em aberto nas faculdades de medicina nacionais é suficientemente amplo para justificar a cessação de contratos e as dificuldades de recrutamento vividas no sector.

É um facto que os talentos se aproximam de quem mais os aprecia. Neste caso, as condições económicas garantidas são uma forma de *apreciação* primária mas nem por isso menos essencial para quem procura viver ao nível dos seus pares, com iguais ou menores habilitações profissionais.

Numa fase subsequente da carreira também a falta de atractivos económicos justificará a diminuição progressiva de doutoramentos na área das ciências básicas e pré-clínicas (21). Assim, não havendo renovação de pessoal mais jovem e especificamente orientado, nem fixação na carreira de novos doutorados na área, será difícil traçar perspectivas para o período subsequente à reforma dos quadros docentes ainda em actividade nas áreas básicas das faculdades de medicina nacionais.

Um dos mecanismos viáveis para compensar as carências em docentes das ciências básicas da faculdade de medicina consistirá no recurso a candidatos com formação superior não-médica, com licenciaturas afins às áreas em aberto (11, 22). Esses docentes poderão ter uma actuação válida no ensino e também na investigação, com particular ênfase nos aspectos fundamentais e/ou que requeiram maior perícia e conhecimentos tecnológicos mais

profundos. A contratação de licenciados não médicos para funções docentes e de investigação nas ciências básicas de medicina vem sendo possibilitada na Faculdade de Medicina de Lisboa desde há alguns anos, com vantagens evidentes. Pela nossa experiência pessoal, julgamos importante e sobremaneira vantajosa a integração plena (em direito e deveres) dos docentes-investigadores não-médicos em equipas com docentes médicos (23).

A multidisciplinaridade das ciências médicas, com particular evidência nas áreas básicas, torna indispensável a constituição de grupos de trabalho que incluam licenciados ou doutorados com formação não-médica. Esta perspectiva não anula, porém, três questões essenciais: primeiro, o docente com formação não-médica não substitui completamente os docentes médicos das áreas básicas das faculdades de medicina; segundo, os docentes não-médicos não podem ser entendidos como recursos *mais acessíveis* no mercado de trabalho para o desempenho de funções para os quais não há concorrentes médicos; em terceiro lugar, se as condições económicas da carreira docente continuarem a perder competitividade, os mesmos lugares (também) ficarão sem concorrentes não-médicos.

O estatuto da carreira docente universitária em vigor (Lei 19/80, de 16 de Junho) é peremptório no seu artigo 4º ao definir que, entre outras funções, cumpre aos docentes universitários *prestar o serviço (docente) que lhes for atribuído, além de desenvolver, individualmente ou em grupo, a investigação científica*. Isto é, quer o ensino das ciências básicas de medicina quer a investigação subsequente à actividade e produção científicas daqueles sectores estão, por princípio, confiadas aos docentes universitários. Por conseguinte quem ensina também investiga, ou, pelo menos, deverá fazê-lo. De outra forma, as faculdades (de medicina) serão efectivamente escolas que se limitam a transmitir o conhecimento sem o criarem.

A inexistência de candidatos médicos ou não médicos poderá ter como saída única o recurso a docentes convidados. Tal solução será desastrosa, pelo que se entende e espera das ciências básicas da Medicina.

O persistente recurso a colaboradores interessados (mas também asoberbados) com múltiplas tarefas representa uma das causas principais (quicá a prioritária) das actuais limitações do nosso sistema educacional em medicina, particularmente na área das ciências básicas. Neste pormenor, o exercício de funções hospitalares poderá ter efeitos negativos sobre as actividades desempenhadas de investigação e docência, em simultâneo, pelo mesmo *médico-docente-investigador*. Os riscos desta incompatibilidade, igualmente salientada por Healy (18), tornam-se críticos nas condições de (des) coordenação inter-institucional em que coexistem, desde 1975, os hospitais (ex-escolares) e as faculdades de medicina nacionais (24).

O exercício simultâneo e eficaz de funções assistenciais e da investigação (e docência) biomédica será, no presente, uma raridade (senão mesmo,

uma impossibilidade física), que Healy designou por *missão impossível* (18). Cada uma daquelas tarefas é, por si, uma actividade a tempo inteiro por via da complexidade, capacidades e exigências crescentes que as caracterizam (11, 18, 22). Em alternativa, o desempenho de cada uma daquelas funções a tempo integral (ou, melhor, em dedicação exclusiva) afigura-se a solução ideal para as actuais (e anteriores) insuficiências de produção por todos reclamadas.

Condições, meios e produtividade

Entretanto, não havendo pessoal docente-investigador suficiente para uma actividade em tempo integral ou exclusividade, a carência de meios e estruturas toma-se um argumento quase desprovido de significado. Sem capital humano e diferenciado, entusiasta e criativo, em quantidade e qualidade, os eventuais equipamentos da última geração que existam nalguns laboratórios mais afortunados serão, decerto, subaproveitados. De facto, é ilusório admitir que a disponibilidade de recursos institucionais para a investigação biomédica constitua, por si, um atractivo irrecusável e duradouro para os jovens licenciados eventualmente interessados em candidatar-se a lugares de docência nas áreas básicas das faculdades de medicina. A limitação de meios e estruturas tomar-se-á efectivamente crítica no dia em que as perspectivas económicas oferecidas se tornem competitivas com as de outras saídas profissionais.

As faculdades de medicina são responsáveis pelo desenvolvimento e difusão de conhecimentos e, também, pela criação do ambiente que suscita a produção e a transmissão do saber. Isso não significa, porém, que as faculdades de medicina portuguesas tenham a capacidade de garantir esse ambiente e as condições de trabalho que se julgam indispensáveis para os seus docentes. Todavia, havendo quadros universitários em exclusividade de funções, e estando solucionadas algumas das referidas aberrações e insuficiências do sistema actual, a qualidade superior do ensino e a produtividade científica serão decerto um corolário natural do apetrechamento dos serviços e da actividade do pessoal docente-investigador das renovadas faculdades de medicina.

Neste enquadramento, será natural que as ciências básicas de medicina floresçam, multiplicando-se em cursos de pós-graduação específicos, desenvolvendo projectos de investigação com rigor e profissionalismo, multidisciplinares, participando no ensino pré-graduado de medicina e de licenciaturas afins.

As faculdades de medicina que tenham congregado meios e capacidades para desenvolver acções de pós-graduação na área das ciências básicas e acolherem estudantes graduados de qualidade, diferenciar-se-ão pela maior

quantidade e rigor das suas produções pedagógicas e científicas. Inevitavelmente, a multiplicidade de resultados de qualidade conduzirá à sua aceitação em revistas referenciadas de nível superior, com reflexos curriculares benéficos em termos de bolsas e/ou financiamentos para os autores. Esta espiral de êxitos académicos, embora passando por um mínimo de apetrechamento institucional, vai assentar iniludivelmente numa equipa de docentes qualificados, motivados e com garantias plenas de segurança económica.

Conclusões

- (a) As ciências básicas da medicina têm dificuldades na renovação e recrutamento do seu pessoal docente de carreira. Estas limitações estarão associadas a perspectivas económicas inferiores, às possibilidades por outras saídas profissionais.
- (b) A escassez de docentes médicos de carreira na área das ciências básicas de medicina repercutir-se-á no rendimento científico, nas actividades de pré e pós-graduação e justificará o baixo número de doutoramentos que se verifica no grupo. Transitoriamente, a carência de médicos nos lugares de carreira das ciências básicas de medicina poderá ser colmatada pelos docentes não-médicos.
- (c) A contratação de docentes não-médicos deverá ser entendida como uma medida positiva e indispensável para uma melhoria da capacidade e rendimento das ciências básicas de medicina, objectivando a formação de equipas multidisciplinares que potenciem a eficácia educacional e científica das faculdades de medicina.
- (d) As carências de meios e equipamentos serão sobretudo sensíveis quando as instituições tiverem docentes em quantidade e qualidade para desenvolver actividades inovadoras. O afluxo de recursos económicos e instrumentais, mas dissociado de condições de trabalho competitivas e de garantias de segurança económica dos docentes, não terá resultados institucionais valorizáveis.
- (e) A melhoria equilibrada dos meios disponíveis e dos atractivos de carreira oferecidos aos docentes será o mecanismo essencial a possibilitar um crescimento de qualidade e quantidade dos resultados pedagógicos e científicos institucionais, e da superior qualificação dos seus intervenientes.

- (f) Admite-se que a correcção eficaz da insuficiência de atractivos de carreira e das limitações de meios disponíveis para as ciências básicas de medicina seja, fundamentalmente, uma solução política que ultrapassa as capacidades directas da Universidade.

Bibliografia

1. Campbell EJM – Basic sciences, science, and medical education. *Lancet* 1976; 1:134-136.
2. Nossal GJV – Science in the medical curriculum. *Lancet* 1976; 2:840-842.
3. Patel VL, Groen GJ, Scott HM – Biomedical knowledge in explanations of clinical problems by medical students. *Med Education* 1988; 22:398-406.
4. Tosteson DC – New pathways in general medical education. *N Engl J Med* 1990; 322: 234-238.
5. Beaty HN – Changes in medical education should not ignore the basic sciences. *Acad Med* 1990; 65:675-676.
6. Dawson-Saunders B, Feltovich PJ, Coulson RL, Steward DE – A survey of medical school teachers to identify basic biomedical concepts medical students should understand. *Acad Med* 1990; 65:448-454.
7. Editorial – Flexner reappraised. *Med Education* 1987; 21:379-380.
8. World Conference of the World Federation of Medical Education, Edinburgh, 7-12 Agosto, 1988.
9. Comroe Jr JH, Dripps RD – Scientific basis for support of biomedical science. *Science* 1976; 192:105-111.
10. Fredrickson DS – Biomedical research in the 1980s. *N Engl J Med* 1981; 304: 509-517.
11. Gil Ferreira H – Relações entre a ciência básicas e a medicina; implicações institucionais, profissionais e pedagógicas. *Acta Méd Port* 1990; 3:39-42.
12. Cândido de Oliveira J – A universidade e a educação médica. *Med Univ* 1967; 10:17-31.
13. Mehler AH – Strategies of biomedical education. *Biochem Educ* 1983; 11:95-118.
14. Balla JJ, Biggs JB, Gibson M, Chang AM – The application of basic science concepts to clinical problem-solving. *Med Education* 1990; 24:137-147.
15. Patel VL, Evans DA, Kaufman DM – Reasoning strategies and the use of biomedical knowledge by medical student. *Med Education* 1990; 24:129-136.
16. Felming W – Editorial: the national curriculum and medical education. *Br Med J* 1989; 298:135.
17. Gil Ferreira H – Escolas médicas: oficinas de aprendizagem? *Acta Méd Port* 1990; 3:305-310.
18. Healy B – Innovators for the 21st century: will we face a crisis in biomedical-research brainpower. *N Eng J Med* 1988; 319:1058-1064.

19. Koshland Jr DE – Editorial: a new approach to faculty salaries. *Science* 1989; 243:1533.
20. Smith R – The funding of medical research: going in or coming down. *Br Med J* 1988;296: 267-270.
21. Martins e Silva J – Doutoramentos em medicina pela FML: ilações e perspectivas. *Boletim da Fac Med Lisboa*, 1992; II série, nº 4:66-67.
22. Arias IM – Training basic scientist to bridge the gap between basic science and its application to human disease. *N Eng J Med* 1989; 321:972-974.
23. Martins e Silva J – Docência, investigação e interdisciplinaridade em medicina. Uma questão em aberto. *Boletim da Fac Med Lisboa*, 1989; I série, nº 43:8.
24. Torres Pereira A – Ensino médico, um impulsionador do desenvolvimento social. *Arq Inst Bact Câmara Pestana* 1987; 15:53-66.

Mais Ciência, Para Quê?*

A Medicina é uma área científica em constante expansão, particularmente desde a última metade do século passado. As consequências práticas desse desenvolvimento são notadas por qualquer cidadão e reflectem-se nas estatísticas oficiais que as organizações médicas (e sobretudo os meios políticos) tanto gostam de reclamar como obra sua. O aumento da longevidade humana para valores inimagináveis há algumas décadas, a redução drástica da mortalidade peri-natal e infantil, a erradicação (que parecia definitiva) de algumas doenças parasitárias, a eficácia quase absoluta dos antibióticos sobre inúmeras estirpes bacterianas, são alguns indicadores do êxito alcançado pela Medicina na luta contra a doença e pela promoção da saúde dos indivíduos e populações.

A meio caminho entre as conquistas proclamadas e o que lhes deu início encontra-se um mundo de “pequenos-grandes” passos, feito de ideias, experimentações laboratoriais e ensaios clínicos, dos quais apenas uma pequena fracção acaba por ser seleccionada e incorporada (na generalidade, fugazmente) nos “dogmas”, consensos e/ou rotinas médicas em uso na época.

Os paradigmas são substituídos por outros paradigmas, incansavelmente, por gente que não desanima com os insucessos e que persiste na procura da verdade (científica) e, por ela, dos recursos técnicos que lhes possibilitem prevenir e/ou dominar a doença e minorar o sofrimento humano.

Desta evolução do progresso médico resultou o que é hoje a Medicina: uma ciência multidisciplinar, enraizada (fortemente) nas disciplinas fundamentais e dotada de meios de acção impregnados de tecnologia avançada.

A tendência futura acentuará, decerto, a participação crescente da componente tecnológica no diagnóstico e terapêutica de diversas situações clínicas, não só as que são raras ou complexas mas também as mais comuns. Paralelamente, aumentará a complexidade da formação médica requerida pelas novas vertentes científicas e equipamentos disponíveis, sem esquecer a preparação adequada para se enfrentarem problemas emergentes num tecido social

* NE – In: Boletim da SPHM. 1993; 3(3): 1-2.

que parece encaminhar-se para a entropia absoluta. Por fim, agravar-se-ão os custos com serviços de saúde de sofisticação crescente, que são disponibilizados a populações cada vez mais exigentes nos seus direitos à “Saúde-para-Todos”. Os advogados e tribunais estarão “no sítio e horas certos” para fazerem cumprir esses direitos, não dispensando as últimas novidades tecnológicas para que diagnósticos duvidosos sejam certificados ou para que uma dada solução terapêutica de última instância seja “aprovada” (ou não).

Em boa verdade, alguns dos cenários focados são já uma realidade actual, ao ponto de haver cada vez menos médicos interessados em exercer clínica, que preferem a segurança dos gabinetes de consultoria ou o domínio conferido por aparelhos que debitam resultados incontestáveis.

Paradoxalmente, nas sociedades enriquecidas pela Ciência e de que podem resultar amplos benefícios para a Saúde, verifica-se que o exercido da Medicina está a ficar submerso pela desconfiança e intolerância dos potenciais beneficiados, senão mesmo transformado em “bode-expiatório” das incapacidades de gestão ou de financiamentos insignificantes atribuídos pelos governos.

A “Saúde-para-Todos-e-do-Melhor-Possível” é um direito (dito) inalienável, o que não significa exactamente (no entender dos responsáveis políticos) que seja também irrecusável. Na realidade, o aumento dos custos da Saúde, em grande parte atribuível à complexidade de metodologias muito precisas e eficazes, utilizadas em situações clínicas diversas, vem justificando medidas restritivas impostas pelos governantes.

O acesso a determinados meios auxiliares de diagnóstico mais complexos (ou mesmo tão comuns como análises de sangue ou radiologias de rotina) estará a ser “racionalizado”, o que é um eufemismo elegante para o racionamento em curso. A manter-se (ou a ser agravada) esta perspectiva de controlo de gastos com a Saúde, afigura-se interessante definir a quem caberá a responsabilidade final pelo prognóstico de doenças que não puderam ser curadas ou de mortes que não foram evitadas.

Sem dúvida está a ser virada uma página nas condições em que decorre o exercício da Medicina e, por isso, na utilização dos recursos gerados pela ciência médica em benefício dos doentes ou da saúde das populações em geral.

Aparentemente, a evolução da ciência médica, as possibilidades tecnológicas delas resultantes e os conhecimentos que se ensinam nas faculdades de medicina contemporâneas ultrapassaram as “capacidades de absorção” do meio. Desponta o risco da medicina moderna, mais evoluída e eficaz, ser condicionada a grupos restritos da população (os que podem pagar ou que adquirem privilégios equivalentes).

Numa perspectiva mais avançada poder-se-á temer que os governos considerem em determinado momento, que a ciência e tecnologia (médicas)

disponíveis atingiram o limiar “conveniente”, para além do qual se tornam fardos de consequências sociais incontroláveis.

Por outras palavras, “Mais Ciência Para Quê?”

Resta uma palavra de optimismo na capacidade crítica do homem. Dificuldades semelhantes surgiram com as primeiras facturas de antibióticos, consumidos a tratar infecções que anteriormente “se curavam” com papas-de-linhaça.

Prevaleceu então o bom senso do realismo, e o mesmo sucederá agora. A ciência médica terá de crescer em capacidade e resultados que possibilitem enfrentar as novas doenças de causa ainda desconhecida, que estão a desbastar populações indefesas.

Também a ciência hemorreológica e da microcirculação terá, decerto, funções determinantes no esclarecimento dos factores de risco vascular e na delimitação de grupos populacionais que requerem vigilância ou terapêutica especializadas, por dispendiosos que sejam os seus exames. De outro modo, as incapacidades precoces por doença vascular continuarão a engrossar largamente os contingentes de reformados, com sobrecargas e desperdícios ainda maiores para a Sociedade.

Ironicamente, Aldous Huxley escreveu, em “O ADMIRÁVEL MUNDO NOVO” que “*qualquer descoberta da ciência pura é subversiva em potência; todas as ciências devem ser, por vezes, tratadas como um inimigo em potência*”. Embora esta frase pareça adaptar-se perfeitamente ao comportamento de alguns responsáveis, não poderá (nem deve) deixar de ser entendida pelo que é: uma provocação. Para que não seja esquecida a imprescindibilidade da Ciência, não como um luxo mas como eixo para o desenvolvimento e bem-estar do Homem. Naturalmente, há que pagar os custos, sem hesitação.

Saúde, Ciência e Consumismo*

Em editorial recentemente publicado no prestigiado *New England Journal of Medicine* (1), Marcia Angell e Jerome Kassirer recomendavam maior moderação na divulgação dos resultados de investigação clínica, quer junto da classe médica quer para os jornais e público em geral. No entender daqueles autores, o fluxo de informação científica estava a ser subvertido a diversos níveis.

De um lado, a população habituara-se a ter preocupações com a sua saúde e esperança de vida, o que é uma atitude legítima e louvável. No circuito instalara-se, porém, a perspectiva consumista, ou seja, o tema Saúde passava a ser tratado (ou negociado?) como um bem que rende dividendos a certa imprensa. A complicação começava quando os resultados de uma dada observação clínica, mais opinativa, apareciam publicados nessa imprensa, encimados com títulos que habitualmente suscitam o impacto imediato junto do tal público ávido de novidades e recomendações que lhe beneficiem a saúde e estilos de vida.

Naturalmente que a avalanche de notícias ambíguas, também com base em sucessivas informações científicas contraditórias obtidas em amostras populacionais distintas e sob condições metodológicas nem sempre coincidentes, acaba por conduzir à estupefação e ao descrédito. O problema não resulta da publicação de observações clínicas com conclusões diferentes. Isto é uma ocorrência usual no processo científico, que evolui em pequenos passos mas nem sempre na mesma direcção; Os jornais e as reuniões científicas conferem o lugar próprio para o debate e procura do caminho mais correcto que, por isso requer tempo, por vezes mesmo muito tempo e muitos tropeções.

O problema reside, sim, na (má) interpretação de que essas peças do “diálogo” próprio do meio científico (os artigos e comunicações) sejam factos definitivos e inquestionáveis, de que dependeria o futuro imediato do tal leitor atento, ou melhor, *iatrologicamente* ansioso.

* NE – In: Boletim da SPHM 1994; 9(4): 1-2.

O relato do editorial em referência, bem como a nossa experiência própria, estão cheios de exemplos que constituem um quase anedotário. Quem não recorda os propalados benefícios do “jogging” e do exercício físico, que acabou por vitimar precocemente com enfarte do miocárdio o seu principal impulsador? Todavia, não é o exercício físico actualmente entendido como um factor de risco de morte súbita? E que dizer da polémica gerada entre o consumo de gorduras poli insaturadas e polinsaturadas? Não é hoje o azeite componente obrigatório da designada “dieta mediterrânica”, que se diz proteger as artérias quando, ainda em passado recente, era um “diabo à solta” na circulação?

Muitos outros exemplos haveria para recordar, alguns dos quais citados naquele trabalho. Todavia, pelo menos dois aspectos não foram mencionados pelos seus autores e que, a nosso ver, também muito contribuem para a confusão, senão mesmo promiscuidade que se instalou na área de informação médica.

Um desses factores tem a ver com a personalidade, valores éticos e/ou ânsia de protagonismo de alguns autores de trabalhos de investigação clínica. É hoje bem conhecida a farsa criada por BS Pons e Martin Fleischmann, dois investigadores que, em conferência de imprensa, e antes de publicarem os seus resultados em jornal científico, se arrogaram ao mérito da descoberta da fusão nuclear a frio (2). Um outro exemplo paradigmático de fraude foi o da pseudo-solução da rejeição dos transplantes proclamada por Summerlin em 1973 (3), ao exhibir como credíveis áreas de enxerto de pele escura em muranhos brancos que, afinal, não eram mais do que o resultado dos seus dotes de pintor com caneta de feltro preto...

Naqueles e muitos outros casos a fraude caracteriza a competitividade do meio, que exige resultados a todo o custo. Nem que seja por disso depender a atribuição de subsídios e bolsas de investigação.

Uma outra vertente também não focada refere-se a alguns pretensos investigadores que, não tendo interesses directos em determinados resultados, se aprestam a terçar armas e a esgrimir argumentos em público, simplesmente porque são pagos para isso. E, todavia, esta posição até seria defensável (como profissão), não fosse o caso de assentar, não raras vezes, em resultados movediços e, portanto, cientificamente discutíveis. Na retaguarda dessa intervenção encontram-se, obviamente, interesses comerciais que ultrapassam, em muito, o âmbito social da Saúde e a perspectiva académica da Ciência.

A sabedoria e o senso comum recomendam que não se dramatizem situações velhas como o Mundo: será melhor tolerá-las, pois que não há forças humanas que as consigam corrigir.

Aparentemente, a Saúde e a Ciência entraram (definitiva e irremediavelmente?) no mercado de valores, possibilitando empregos “topo-de-gama”

a um sem-número de agentes de formação plurifacetada. Paradoxalmente, porém, o progresso (pelo progresso) da Ciência, ou a melhoria da qualidade de vida e do estado de saúde de cada indivíduo serão objectivos secundários. Nunca como agora foi a Ciência tão dirigida para resolver situações concretas, para ser utilitária, nem a Saúde tão utilizada para vender serviços ou dar azo ao florescimento de empresas privadas que se propõem, por exemplo, gerir hospitais públicos (que todos diziam ser deficitários).

Também não se afigura que a população tenha os seus problemas de saúde mais resolvidos: o regresso das pandemias que se julgavam extintas e o agudizar das pragas mais modernas é desafios que asfixiam o Homem e a Sociedade, numa ameaça de retorno a épocas primitivas.

Há, de facto, alguma coisa de muito errado neste circuito que envolve a Saúde e a Ciência. Julgamos que este problema é suficientemente importante para justificar uma pausa para reflexão por parte de todos os que comungam o espírito solidário e a justeza de propósitos. As Sociedades Científicas activas na área médica serão um espaço adequado para essa reflexão e exemplo.

Bibliografia

1. Angell M, Kassirer JP – Clinical research-what should the public believe? N Engl J Med 1994;331: 189-190.
2. University of Utah (press release – 24 Março 1989) – “Simple experiment” results in sustained N-fusion at room temperature for first time: breakthrough process has potential to provide inexhaustible source of energy.
3. Hamblin TJ – Fake! Brit Med J 1981; 283:1671-1674.

Na Teia dos Interesses Financeiros*

Os interesses financeiros são parte do meio em que se desenvolve e é condicionada a actividade científica. Embora não seja um fenómeno novo, actualmente a Ciência constitui um mercado importante e, também, uma fonte de rendimentos substanciais para determinados sectores económicos. A ciência médica não se afasta da regra, em particular a que coexiste na interface da indústria farmacêutica e, mais modernamente, da biotecnologia.

Por exemplo, constituem interesses financeiros as vultuosas somas dispendidas durante anos na pesquisa e comercialização de um dado fármaco que, em condições normais do mercado, acaba por recuperar os gastos e aumentar o património das empresas promotoras. Do mesmo modo, são interesses financeiros as verbas gigantescas mobilizadas pela indústria biotecnológica, na obtenção e aplicação (diagnóstica ou terapêutica) de moléculas obtidas por recombinação genética. São igualmente parte desses interesses financeiros todos os sistemas de difusão (escrita ou telemática) dos resultados científicos obtidos, em especial os que evidenciam maiores oportunidades de aplicação e/ou comercialização imediata, ou que provêm dos principais centros de pesquisa e dos investigadores mais reputados. Por via da fama pública destas sumidades, uma conferência que profiram ou um artigo que publiquem podem provocar hecatombes na bolsa.

As empresas que actuam na área da biologia molecular e da biotecnologia, muitas das quais fundadas ou comparticipadas por investigadores, acabam por estar sujeitas a uma competitividade feroz, onde não faltam golpes sujos e espionagem tecnológica. Assim, não surpreenderá que algumas editoras disputem os trabalhos desses investigadores ou que os contratem em exclusividade, (pelo menos para que não publiquem noutros jornais). Poderá suceder que determinado artigo seja mais facilmente aceite pelos órgãos consultivos de determinados jornais do que por outros, embora a valia seja semelhante, diferindo apenas na origem dos seus autores e respectivos vínculos ou interesses. Daí que algumas editoras estejam a exigir uma declaração

* NE – In: Boletim da SPHM 1995; 10(1): 3-4.

prévia dos autores em que estes atestam não representarem nem terem objectivos comerciais nos artigos submetidos para publicação.

É bem conhecida a importância que os editores de jornais científicos mais conhecidos (bem como agências promotoras de investigação, indústria biotecnológica e farmacêutica e, naturalmente também, os investigadores), atribuem aos índices de citação e de impacto que classificam regularmente as suas publicações. A razão é simples: o jornal mais citado coincide frequentemente com o que publica artigos mais oportunos, ou que reúne nos seus órgãos consultivos, entre os colaboradores habituais, os cientistas que lideram as correntes em voga. Por essas e outras razões, esses jornais serão os melhores, os que vendem mais, e isso significa mais dinheiro.

É prática corrente em bastantes universidades norte-americanas a “caça” aos talentos, neste caso representados pelos investigadores mais produtivos em temáticas rendíveis (pelo menos, potencialmente). Aliás, o mecanismo assemelha-se bastante ao utilizado pelos sectores desportivos dessas ou outras universidades, no que se refere à contratação das “estrelas” de basquetebol ou do baseball. Quem tem mais dinheiro e oferece melhores condições de trabalho fica com o “astro” na sua equipa. Num sistema suportado por financiamentos adequados a todas as extravagâncias, é natural que a mobilidade dos cientistas para os lugares onde lhes garantam melhores condições financeiras e de trabalho acabe por criar dois pólos: de um lado os centros mais ricos e que, por isso, conseguem os melhores cientistas e, no outro extremo, os que ficam com o resto.

Aparentemente, o mercado da Ciência é promissor bastante para assegurar a continuidade do sistema, pelo menos enquanto os resultados derem lucro. Porém, os primeiros sinais de tempestade vêm sucedendo-se há já alguns anos, pré-anunciados pela compra (ou fusão) de empresas de renome internacional por outras pouco ou nada conhecidas. Teme-se que as empresas que não investem na investigação, e se limitam a comercializar produtos criados e patenteados por outras, procurem (e consigam) adquirir as acções destas últimas. Por conseguinte, o futuro poderá ser complicado para todos os intervenientes, sejam estes representados por empresas com interesses directos ou indirectos na ciência biomédica, sejam os cientistas ou as universidades em que trabalham, ou ainda as sociedades científicas em que se congregam.

As empresas internacionais que mais subsídios atribuem e mais apoios conferem aos investigadores, instituições e sociedades, estão preocupadas com a sua própria estabilidade e potenciais alterações internas nos centros de decisão. Por sua vez, os governos de diversos países estão a criar limitações crescentes a essa indústria, quer reduzindo as participações nos custos dos produtos farmacêuticos e biotecnológicos (o que diminui substancialmente o seu consumo pela população mais carenciada de recursos), quer

autorizando a venda de genéricos (de qualidade ainda questionável). Adicionalmente, e com o argumento da ética na “ponta da caneta”, os governantes aprestam-se a reduzir drasticamente o apoio que a indústria (sobretudo a farmacêutica) atribuía à realização de projectos desenvolvidos nas universidades, bem como à realização de congressos organizados por sociedades científicas.

Em consequência daquele movimento de tenaz, produto de uma conjuntura própria do mundo da Finança e, também, do controlo das despesas públicas com a Saúde, existe hoje um sério risco de desertificação de toda a actividade científica que não se insira nas prioridades “governamentais” e/ou que não tenha retorno económico. Naturalmente que esse risco se acentua ao limite nos países que, como o nosso, pouco ou nada investem nas ciências da saúde e/ou não incluem as actividades de investigação no projecto orçamental das instituições universitárias. Por uma razão muito simples: é que nesses países também não haverá tradições de investigação, nem empresas que liderem o mercado da produção. Daí que as medidas governamentais, ao cuidarem da poupança pública sem protegerem *a única fonte* de recursos que assegura a funcionalidade de um conjunto de sectores que teima em sobreviver, vai ter o “efeito de eucalipto”, ou seja, seca-a.

Também se poderá temer que, na teia de interesses financeiros, as sociedades científicas (com as suas reuniões e publicações) e muitos grupos de investigadores venham a ser vítimas indefesas de uma “aranha estúpida”.

A Falácia da Prioridade Científica*

Neste último Verão li um livro curioso da autoria do norte-americano John Kenneth Galbraith, tido e considerado como um dos mais destacados economistas contemporâneos. Naquela obra, intitulada “The Culture of Contentament”, Galbraith defende a tese de que todas as sociedades tendem para a satisfação imediata dos seus anseios, e põem de lado o que as perturba, bem como o pensamento a longo prazo, o qual pode nunca vir a ser concretizado. Por outras palavras, a “cultura do contentamento” é exteriorizada pela resistência às mudanças, à reforma, enfim, a tudo o que colida, atrase ou impeça o desfrute dos interesses, do padrão de vida alcançado e o conforto adquirido pelas comunidades mais favorecidas. É aqui, precisamente, que se situa a peça fundamental da questão: a cultura do contentamento é defendida implacavelmente pelas classes dominantes e, também, por aqueles cuja compensação (ou interesses) está assegurada, embora essa posição possa ser prejudicial a toda a sociedade e, em particular, às subclasses sem voz e desfavorecidas. Se por alguma circunstância, o poder governante tende a corrigir a situação, subsidiando ou apoiando os grupos mais fracos da sociedade, é sabido que daí têm resultado tremendas resistências por parte dos que se habituaram a estar “contentados”; mesmo quando aquelas medidas correctoras tendem a beneficiar claramente a sociedade ou a viabilizarem-lhe a sobrevivência.

Alguns meses mais tarde, em pleno Outono, tive a oportunidade de visitar uma universidade privada de Amesterdão e, a propósito, fui informado da estratégia e meios que estão a ser desenvolvidos na Holanda para a criação de um sistema de investigação científica que se pretende de alto nível. Atendendo a que os subsídios oficiais e privados disponíveis para a pesquisa científica na área biomédica são insuficientes para a qualidade visada e objectivos defendidos, foi decidido redistribuir o mesmo orçamento pelos centros que ofereciam maiores garantias de desenvolverem com êxito projectos aceites como os mais prioritários. Desta “original” solução resultou a

* NE – In: Boletim da SPHM 1996; 11(3-4): 3-5.

criação de Institutos (virtuais) de Investigação Biomédica orientados para meia dúzia de objectivos predefinidos, que concentram apenas cerca de 10% de todos os investigadores seniores dos centros universitários em actividade no momento.

Daqui resulta que cerca de 90% dos investigadores ficarão reduzidos a projectos “menos prioritários”, ou seja, dificilmente encontrarão quem os subsidie. Curiosamente (ou talvez não) todos os objectivos prioritários agora defendidos tinham ligação potencial à indústria ou a aplicações tecnológicas com retorno comercial. Eventualmente, os resultados alcançarão os propósitos iniciais: nível elevado de desempenhos, testemunhado por valores máximos de índices de citação. Da mesma “cajadada” talvez consigam um segundo objectivo (politicamente) irrecusável: a investigação pagar-se-á a si própria. Se o sistema funcionar, será atingido o “nirvana” da induzida ou recomendada (embora ainda não imposta) associação universidade-indústria, por via da “ciência por encomenda”.

Numa antecipação natural daqueles propósitos, cujo conceito alastra em velocidade acelerada pela Europa sem fronteiras, chegará o dia em que o progresso científico da Medicina seja comandado por um catálogo de problemas biomédicos ou clínicos a solucionar no momento. Para esse objectivo será natural antever organizações públicas e privadas a competirem por projectos com dividendos garantidos, embora talvez revestidos (por pudor) nas designações herméticas em que o “dialecto” científico é fértil, para disfarce dos objectivos comerciais.

De acordo com o que se assiste actualmente, julgo que muita daquela ficção já está plenamente instalada também entre nós. Na realidade, os grupos científicos subsidiados pelo Governo continuam a ser escassos e talvez tenham mesmo diminuído, de acordo com as últimas estatísticas oficiais. Por sua vez, os projectos merecedores de subsídios mais elevados privilegiam áreas de acção consideradas prioritárias pelas agências financiadoras. Na altura própria, os beneficiados garantiram meios para infra-estruturas vultuosas e asseguraram a perenidade da mão-de-obra qualificada, por via de candidatos a mestrados, doutoramentos e pós-doutoramentos. Naturalmente que desta pequena multidão de investigadores, acompanhados de um “dote” financeiro apreciável para as Instituições de acolhimento, reconhecidas pela única agência financeira governamental com o selo da pertinência e da qualidade científicas, acabará por resultar um crescendo de publicações e de resultados qualificados, num ciclo de expansão crescente.

A menos que se admita que os fins justificam os meios (o que, por razões óbvias, não é decerto pacificamente aceite por muitos dos intervenientes no processo), haverá que reconhecer o mérito dos propósitos. É evidente que alguns dos núcleos científicos cresceram e continuam a aumentar de importância no panorama nacional. Todavia, tendo por líquido que os

recursos financeiros não aumentarão muito mais do que no presente e em passado recente, sucederá um dia o inevitável: para que o crescimento de alguns centros de investigação possa continuar, outros deixarão de existir. Nesta selecção natural, os mais fracos (ou menos influentes), menos “prioritários”, ou que têm menos publicações no estrangeiro em revistas de elevado impacto científico, ou qualquer outra razão “pia” que seja aduzida pelos avaliadores das agências financiadoras, serão implacavelmente abatidos, isto é, não financiados. Aqui, em Portugal como na Holanda e, muito provavelmente, também em muitos outros países com idênticos critérios para a política científica em vigor. Em alternativa, não havendo alteração substancial no sistema e nas verbas disponíveis para a investigação, poderá atingir-se o equilíbrio, ou seja, nenhum cresce e todos estagnam.

Entretanto, o que sucede aos que ficaram pelo caminho sejam centros de investigação ou investigadores isolados que um dia se deixaram entusiasmar pela procura da verdade e do rigor através da investigação científica? Refiro-me aos que beneficiaram de bolsas de investigação ainda como alunos finalistas, e/ou como candidatos a mestrados e/ou doutoramento e/ou para pós-doutoramento. Actualmente contam-se por centenas e, decerto, muitos deixaram de ter lugar em qualquer centro de investigação. Serviram de mão-de-obra para que os centros de acolhimento atingissem metas institucionais que lhes garantiram novos financiamentos e mais-valias. Também beneficiaram com isso, adquirindo formação pós-graduada potencialmente útil. Porém, por viverem em Portugal e não haver escape profissional para as posições alcançadas, resta-lhes, aos trinta anos de idade, participar em todos os concursos públicos, na luta por um lugar qualquer que lhes garanta o sustento individual e a formação de uma família. Será que o fim último da actual política científica é gerar fantasias de investigação e desperdiçar investigadores?

Havendo alguma tendência (externa ao meio) para considerar a Ciência como um exercício pouco mais que esotérico cujo produto sai mais barato comprar no exterior e também, por ser politicamente oportuno atribuir uns “tostões” para que esses grupos minoritários não desapareçam por completo das estatísticas oficiais, foi atingido o estado de “contentamento social”. De facto, sendo a Ciência uma actividade dispendiosa e de resultados imprevisíveis, sendo os investigadores, por natureza, pouco dados a contemplanções económicas sobre o custo-benefício dos financiamentos investidos, afigura-se difícil que a investigação científica seja considerada pela maioria dos governantes como um bom investimento político. Na realidade, os resultados agora publicitáveis dificilmente (ou quase nunca) surgirão enquanto os que autorizaram o financiamento da investigação estiverem no poder. Por outro lado, os resultados aparecerão amanhã, mas serão os impostos de hoje que os vão pagar.

Não havendo em Portugal tradição científica, perspectiva cultural vencedora e crença inabalável em que o progresso e o futuro pertencem aos grupos e às nações que investem fortemente na Educação e na Ciência, será de temer que a visão de rasgo que se desejaria se quede pelo “contentamento” paroquial dos que continuam a ser beneficiados, já que “dos fracos não reza a história”.

Ou haverá ainda esperança para algo que mobilize a comunidade científica, que abra perspectivas aos que foram perdendo a possibilidade de trabalhar em projectos menos prioritários, menos mediáticos, quiçá menos na moda, mas também igualmente importantes? A resposta está no Governo que financia, mas depende também (e muito) da Comunidade Científica, que deverá ser menos acomodada e menos *isolacionista* na defesa das suas convicções, e mais imaginosa nas suas reivindicações.

O Conceito e o Substrato*

As referências pouco animadoras que vêm a público sobre a operacionalidade e produtividade dos centros de investigação nacionais são, afinal, como que a repetição estragada de um filme visto e revisto e que, de cada vez que passa, recebe críticas e apreciações sensivelmente idênticas do mesmo público. Todavia, até este grupo de apreciadores revivalistas da cinemateca dos Irmãos Max, do Bucha e Estica, do Charlot e tantas outras personagens que deliciaram os nossos avós, os nossos pais, e a nós próprios, acaba por se extinguir biologicamente, ou adquirir novos interesses e referências. Do animatógrafo até aos filmes que incluem cenas de realidade virtual, hoje banalizadas, medeiam muitas dezenas de anos e sucederam-se gerações de fãs incondicionais. Julgo que não será surpresa para ninguém que a maioria dos jovens nascidos na década de 70 desconheça ou não aprecie particularmente os actores e os filmes que atingiram o cume dos êxitos e o pico das audiências nos anos 30, por exemplo.

Esta diferença não residirá na menor qualidade dos realizadores e autores dos primórdios da 7^a Arte. Pelo contrário, muitos daqueles filmes são obras de arte, verdadeiras preciosidades de museu e, como tal admiradas. O que mudou entretanto foram as perspectivas, as expectativas e as circunstâncias que fazem cada época, que definem os cenários e moldam os indivíduos.

Por razões semelhantes, falar da investigação nacional e das suas carências tradicionais já não surpreende ninguém, nem provoca qualquer emoção especial. É como que um fatalismo, talvez parecido ao que afecta os ilhéus que teimam em não mudar-se para o continente ou aos que sofrem de uma doença crónica. O fatalismo e a resignação andam de mãos dadas. A habitação instala-se, e um encolher de ombros passa a ser a resposta a qualquer hipotética sugestão de mudança ou de esperança de um futuro melhor. Daí que o doente conformado com a sua sorte tenda a acreditar mais nos milagres do que nas novas terapêuticas que a Medicina lhe anuncia.

Os investigadores nacionais, os docentes universitários para quem a investigação científica é uma componente indissociável de labor natural, e

* NE – In: Boletim da SPHM 1997; 12(1): 3-6.

todos os jovens esperançosos que têm a curiosidade, a motivação e a capacidade para a investigação científica, representam estratos diferentes de um grupo especial habitualmente classificado sob a designação genérica de “recursos humanos”. E, para estes recursos humanos também há perspectivas diferentes quanto à realidade da investigação nacional, que variam entre o cepticismo dos veteranos e o entusiasmo inocente dos mais jovens. Para estes do último grupo, o entusiasmo que foi alimentado por um suporte monetário transitório tende a cessar no termo do projecto. Neste trajecto instável, com frequência sedimentado por produções científicas de grande qualidade, haverá algumas escapatórias profissionais, na realidade porém muito escassas e nem sempre consentâneas às qualificações técnicas entretanto adquiridas. Infelizmente, a principal saída profissional que hoje se oferece às centenas de jovens que foram arregimentados pelos sucessivos programas de investigação, preparados e financiados por agências europeias, continua a ser a docência, nem sempre universitária mas a que existe.

A carreira de investigação é, entre nós, uma realidade anquilosada (ou em extinção?), que oferece pouquíssima abertura aos mais jovens. Também, não há nem se prevê que sejam criadas ou instaladas em Portugal unidades de investigação tecnológica, nem a indústria nacional parece sensível a gabinetes de estudo com investigação própria. Daí que para os mais jovens e entusiastas investigadores o futuro pouco tenha a oferecer.

Quanto aos “veteranos” atrás referidos está tudo dito. O único centro de investigação científica não estatal, que foi uma referência inquestionável durante cerca de trinta anos, está em profunda reestruturação, visando objectivos ainda pouco clarificados. Os laboratórios de investigação do Estado são estruturas rígidas, envelhecidas e pouco ou nada receptivas a grandes desafios científicos. Por outro lado, as universidades não recebem verba para investigar e para produzirem ciência mas, virtualmente só, para desempenharem funções de ensino. É o paradoxo instalado e sacralizado o de pretender que cabe à Universidade criar, preservar, transmitir e dar aplicação à Ciência, enquanto se lhe atribui somente orçamento para pagar a “agentes de ensino”, a pessoal não docente (em número restrito e envelhecido) além de um resquício de orçamento (na generalidade menos de 10% do total) para consumos (em que se incluem naturalmente equipamentos e materiais para investigação, telefone, água e luz, e nem sempre chega para tanto). Salvam-se deste desastre as verbas conseguidas por (alguns) centros de investigação com projectos aprovados através do Ministério da Ciência. É também por esta via que grande parte dos jovens investigadores usufrui de bolsas de pós-graduação, participando activamente na investigação realizada pelas universidades.

Entretanto, nos centros nacionais onde é propiciado o desenvolvimento e a formação dos jovens investigadores, não há capacidade para os manterem, pelo menos os mais brilhantes. Gerações sucessivas de bolseiros come-

çam a revezar-se pelos mesmos centros de investigação, sempre a começarem do zero, com os inconvenientes que daí resultam nos projectos mais complexos e no crescimento institucional.

No termo dos seus projectos e das bolsas que os sustentam, os jovens investigadores que atingiram graus elevados de perícia e capacidade rendível, “saem para o mundo”, para um futuro incerto. Há notícias de alguns que acabam por ser captados por centros de investigação estrangeiros, onde adquirem posições de relevo, essencialmente por não haver alternativas em Portugal.

Por este modo, o País, por via dos sectores governamentais responsáveis, está desperdiçando de modo inconveniente e irreparável as mais-valias que, entretanto, laboriosamente, foi conseguindo através de formação de jovens investigadores. Não se vislumbra a planificação estratégica para a criação de pólos de desenvolvimento que absorvam a nata dos novos investigadores para objectivos específicos pré-definidos. Digamos que o acaso está a funcionar na sua plenitude, num sistema com aparência neo-liberal mas que, no fundo, não passa de mera anarquia. Uma posição confortável, decerto relaxante para quem gere os *macrocenários* nas altas esferas, mas que não deixa de ser “suicidária”.

É neste palco em que se entre cruzam investigadores com qualificação distinta (carreiristas, burocratas, investigadores por inerência e cientistas de grande qualidade), a par com posicionamentos individuais diversificados (que variam entre o céptico, o cínico e o idealista), e expectativas profissionais e de vida igualmente diferente (entre a posição vitalícia e o desempenho aprazo) que está a ser gerada a ciência nacional. Ciência muito boa e também arremedos do que, com alguma boa vontade, se poderá designar por produção científica.

É o cenário em que se individualizam os “fazedores” da ciência e outros que não passam de “animadores”, a par com alguns que se assumem (ou são ungidos) na posição de juízes, sem esquecer ainda os que, pelo cargo que ocupam, exercem (total) poder discricionário. É o cenário em que se definem as prioridades, se cimentam “lobbies”, e se dá vida ou estrangula uma carreira, a actividade de um grupo, uma ideia.

No fundo, os intervenientes do sistema tendem a actuar (*sine die?*) entre dois pólos, um que designamos por *substrato* e o outro por *conceito*, que deveriam estar interligados mas que, na realidade, se afiguram desconectados.

O *substrato* poderá ser definido pela essência do ser, o fundamento das suas realidades; na perspectiva bioquímica o substrato é a substância a ser transformada no produto de reacção. Porém, qualquer das perspectivas serve para associar a designação do substrato à qualidade intrínseca do investigador ao longo da sua vida e actividade. O investigador pode ser excelente, o substrato intelectual para o processo científico ser de primeira grandeza e, no entanto, a sua produção ser insignificante, ou o seu trajecto ser demasiado

curto ou irregular. Tudo dependerá dos constrangimentos do sistema e das perspectivas que vierem a ser definidas sobre o seu trabalho.

Atenda-se à produção científica da generalidade dos universitários de carreira que cumprem honestamente os deveres definidos pelo Estatuto da Carreira Docente Universitária e se restrinjam aos meios disponibilizados pelo Orçamento Geral do Estado às suas unidades. Todavia, nem os recursos disponíveis são suficientes nem o tempo que sobra das obrigações pedagógicas e administrativas é de molde a permitir-lhes outras actividades relevantes. Fundamentalmente por isso, os docentes universitários mais sobrecarregados, que constituem um numeroso contingente de investigadores nacionais, são os que menos investigações de topo realizam. Paradoxalmente, a progressão académica não atende às tarefas administrativas, valoriza pouco a componente pedagógica e baseia-se quase só no número de publicações científicas e no respectivo factor de impacto. Por analogia, será como pretender que alguém acerte na “mouche” com uma espingarda, quando raramente tem possibilidade de exercitar a técnica do tiro ao alvo. O resultado é inevitavelmente pouco eficaz.

Se o *conceito* idealizado não se fundamentar na realidade, se não houver um plano estratégico que dê resposta ao “como, porquê, quando e como”, não haverá substrato que resista a tanta inépcia. Havendo possibilidades e sorte, o investigador encontrará outro local de trabalho. Em alternativa cumprirá a rotina ou o desemprego. Sem um projecto perspectivado no espaço e no tempo, o que de positivo vier a acontecer será pontual e, mais cedo ou mais tarde, também um lastimável desperdício.

Será mais importante criar futuras promessas da Ciência, investigadores, aptos de realizarem uma clonagem com os olhos fechados mas que, ao fim de 3, 5 ou 10 anos não têm onde continuar a trabalhar? Ou, em alternativa, será preferível investir no fomento generalizado da investigação, em toda a Universidade, criar-lhe condições de actuação realista, para uma formação que ensina a pensar e a racionalizar através da experimentação, para a resolução de problemas novos? As grandes prioridades deverão ser apoiadas consistentemente. Todavia, será pelo fomento da investigação na pré-graduação que se chegará a uma sociedade nova, mais organizada, globalmente mais inovadora e com actividade mais perdurável do que agora se antevê.

Há quem admita que o problema fundamental do nosso sistema deriva da incapacidade de previsão, planeamento e gestão com perspectivas institucionais, a par com uma grande riqueza de perspectivas individuais. Ou seja, do substrato que existe contrapõe-se a carência de conceitos que o aproveitem e justifiquem nos seus propósitos. Daqui que, num sistema que não mostra vontade nem capacidade para mudar, haverá sempre muito mais utilizadores do que fazedores de ciência. A repetição dos queixumes e das insuficiências será o cenário mais óbvio a que, tal como aos velhos filmes, já nos habituámos sem emoção especial.

A Propósito da Avaliação da Universidade e do Inadiável Fomento da Investigação Científica*

1. Em 25 de Junho pp. decorreram na Reitoria da Universidade de Lisboa as 2^{as} Jornadas de Avaliação (as 1^{as} haviam sido realizadas em Abril de 1996). Do programa constaram intervenções genéricas e a apreciação de três cursos de licenciatura da Universidade de Lisboa (Letras, Farmácia e Ciências). Deixando de lado os problemas específicos a cada um dos cursos analisados, bem como os aspectos a corrigir no sistema de avaliação (inevitáveis num meio que não estava, e decerto continua a não estar, preparado para se submeter a um controlo de qualidade), as 2^{as} Jornadas da UL puseram em evidência uma lacuna fundamental no processo: a apreciação à capacidade científica e à respectiva produção eram matérias omissas no questionário. Na realidade, talvez a principal crítica a fazer-se aos moldes em que está a decorrer a avaliação das Universidades seja a de se limitar quase só ao produto educacional, deixando de lado as restantes missões próprias da Universidade: a investigação científica e a prestação de serviços à comunidade, e a intervenção cultural.

2. A persistir neste caminho – que parece ser a (infeliz) opção burocrática tomada nos organismos em que se debate (e decide) a convergência dos modelos do ensino superior – não haverá outro resultado senão a progressiva transformação da Universidade num sistema profissionalizado virtualmente só para a transmissão de saberes. Eventualmente (querendo admitir ainda alguma dúvida de retórica) a razão fundamental está nos orçamentos restritivos que estão a ser impostos à Universidade, com base no número de alunos matriculados e não dos objectivos e/ou projectos educacionais, científicos, comunitários e outros a que deveriam corresponder.

3. Por conseguinte, enquanto a Universidade continuar a ser uma instituição preferencialmente orientada para a fase terciária do ensino, a avaliação continuará a não incluir mais do que a apreciação dos cursos ministrados.

* NE – In: Agenda da FML, 1997; 68:1-2.

4. Pela mesma razão, a Universidade continuará a não receber orçamentos para actividades que não sejam as do ensino.

5. Dissociar da Universidade actual a investigação científica, entregando esta a unidades específicas autonomizadas (ou quase), também não será melhor solução. Há actualmente no País experiência suficiente sobre a situação funcional dos laboratórios de investigação que não estejam abertos ao fluxo constante de estudantes, da pré e ou da pós-graduação.

6. Apesar de imensas dificuldades, é na Universidade Portuguesa que sobrevivem alguns centros de investigação, a grande maioria ainda proveniente do tempo do INIC, a que acrescem outros mais recentes criados pelo Programa Ciência e PRAXIS XXI. Da avaliação realizada há cerca de um ano ao tecido científico nacional ficou comprovado que a grande maioria das unidades de investigação mais produtivas continuam sedeadas nas Universidades públicas.

7. Nas referidas 2^{as} Jornadas da UL, o representante do Ministério da Ciência e Tecnologia, a propósito da Avaliação às Unidades de Investigação, deixou bem expresso um conjunto de dificuldades imputáveis ao actual funcionamento das Universidades, que constituem reais constrangimentos à produtividade científica. Entre outras limitações foram adiantadas as cargas lectivas e os períodos escolares excessivos a que os docentes (alguns dos quais *teimam* em ser investigadores nas horas vagas) são obrigados, as reconhecidas dificuldades (senão mesmo impossibilidade) em contratar novos investigadores, os obstáculos à mobilidade institucional dos investigadores, as carências de apoio técnico e administrativo, entre outros lastimáveis constrangimentos.

8. A análise anterior teve ainda o mérito de desnudar um sistema de contradições inconciliáveis que, não obstante, persistem contra a lógica do razoável. Em primeiro lugar, é pretendido (pelas tutelas e pela comunidade civil) que a Universidade assuma responsabilidades directas num conjunto de actividades que lhe são naturalmente implícitas, em que se inclui a investigação científica. A promoção académica, por exemplo, tem por base a apreciação curricular, na qual prevalece a produção científica do candidato. Todavia, o docente (a que é exigida produção científica) não dispõe virtualmente de meios para a realizar.

9. Para desenvolver investigação, o docente (que de acordo com o Estatuto da Carreira, deverá ser também um investigador) terá que concorrer com um projecto credível aos concursos abertos (de longe em longe) pelas agên-

cias financiadoras externas, que lhe exigem, no mínimo, ter currículo apreciável, experiência concreta no assunto e poder trabalhar em instalações providas de meios e instrumentos adequados, de preferência em equipa cientificamente idónea. Se nada disto for possível, naturalmente que não há financiamento nem haverá produção científica, exceptuando para uma minoria. Na generalidade dos casos, a actividade de docente universitário ficar-se-á pela transmissão dos saberes (criados, desenvolvidos e publicados) por outros mais afortunados, em geral extra-fronteiras.

10. Os núcleos de ciência que existem são excepções que confirmam a regra. O crescimento da investigação científica, sem prejuízo das responsabilidades de ensino, terá de assentar numa realidade de meios e funcionalidades institucionais, previstos e garantidos a tempo.

11. Para tal, os orçamentos a atribuir à investigação universitária não poderão restringir-se exclusivamente (como sucede agora, através do Ministério da Ciência) às solicitações requeridas para a ciência de topo. A Universidade, sob pena de se auto-amputar definitivamente da missão lata que lhe compete, para que a ciência se renove e o progresso suceda, deverá estimular os núcleos de excelência a par com a prática sistematizada do aprendizado científico.

12. Será irrealista pensar que em cada estudante universitário há um cientista latente. Muitos dos estudantes que procuram as Universidades satisfazem-se somente com a possibilidade de um estatuto social que lhes garanta uma vida agradável. Isso não obsta, porém, a que a preparação educacional para essa finalidade passe por uma metodologia própria, em que se cultiva a dúvida permanente e se exige a demonstração para cada facto, em que a aprendizagem da acção seja metodicamente antecedida pela reflexão. Para esses propósitos nada melhor do que a experimentação, a pesquisa individual tutelada para forjar o carácter de futuros licenciados, conferir-lhes segurança no conhecimento e prepará-los para solucionarem as dificuldades futuras da profissão.

13. Pelo fomento da investigação, também a Faculdade de Medicina de Lisboa poderá adquirir pujança respeitável entre as suas congéneres mais afamadas. Será pelo fomento sistemático da investigação junto dos seus alunos, em particular dos que se voluntariam entusiasticamente para o fazerem, que a FML verá crescer uma plêiade de médicos cientificamente mais cultos e de investigadores de primeira linha, uns e outros “encorpando” uma Faculdade de Medicina com múltiplos núcleos de excelência. Foi com esta perspectiva no horizonte que a *Iniciação à Investigação* foi concebida como

módulo de ensino da nova disciplina de Introdução à Medicina do plano de estudos do 1º ano, e que a realização de *Projectos e de Estágios de Investigação* (laboratoriais e clínicos) sejam acções acreditadas nesse plano curricular. Foi também com aquela perspectiva que parte das verbas das propinas recebidas de 1994 a 1996 está a ser aplicada (por decisão aprovada em Assembleia de Representantes) no fomento directo de pequenos projectos de investigação experimental, a realizar por alunos da FML que, mediante concurso aberto, mereceram aprovação do GAPIC e do Conselho Científico.

14. Foi ainda com essa perspectiva, que a FML propôs junto da Reitoria que o equivalente a 2% do orçamento anual fosse aplicado a actividades de investigação. O concurso recentemente aberto pela Reitoria para projectos a desenvolver, no mínimo, por três das unidades orgânicas da Universidade de Lisboa indica que se está no bom caminho, ou seja, no caminho para uma Universidade que efectivamente procura produzir ciência. A propósito, destaque-se com satisfação que a FML está representada em 7 dos 8 projectos apresentados a concurso.

15. Foi também com igual objectivo que se obteve a anuência expressa da Senhora Ministra da Saúde, autorizando que os alunos da FML e jovens docentes ligados à carreira hospitalar possam concorrer desde agora a projectos no âmbito daquele Ministério.

16. Finalmente, será com essa perspectiva que se aguarda que os orçamentos futuros a atribuir à FML incluam expressamente uma rubrica para o fomento da investigação científica, que possibilite a continuação deste projecto revitalizante. A concretizar-se o que está em andamento haverá razões para admitir que a FML, assim como a UL, estão a recuperar o tempo perdido. Haverá então motivos para que a Avaliação Externa inclua legitimamente a produção científica global de cada unidade e não apenas a de alguns escassos Centros de Estudos, como agora acontece.

Reflexões sobre o Financiamento da Investigação Médica*

A divulgação do Orçamento de Estado previsto para o Ministério da Ciência e Tecnologia em 1999 constitui uma boa notícia, quer para os investigadores quer para as instituições que têm na prática científica uma das suas prioridades. É uma boa notícia também para os investigadores nacionais e para o País, pelas perspectivas que se abrem e pelo posicionamento mais consentâneo às realidades do próximo milénio, em que o conhecimento e a educação serão pólos fundamentais e indissociáveis do desenvolvimento humano e social.

Todavia, em números absolutos, comparativamente aos valores médios comunitários especificados para a ciência e tecnologia, na generalidade baseados em valores de riqueza muito superiores, os 44 milhões de contos orçamentados para a ciência nacional, apesar de representarem um aumento de 26% relativamente a 1998, são ainda muito pouco para um País onde o atraso continua a ser grande, onde rareiam as estruturas vitalizadas e, essencialmente, onde falta cultura científica. Por outro lado, não é possível ignorar que o investimento concedido para a ciência nacional continua a ser inferior a alguns dos défices orçamentais entretanto registados em outros sectores nacionais. No pressuposto (indiscutível) de que o progresso tem de assentar na cultura científica e nos resultados da respectiva aplicação tecnológica, conducente ao realinhamento da conjuntura nacional no quadro do desenvolvimento comunitário da educação, da ciência e do bem-estar sócio-económico, é evidente que o investimento agora anunciado fica muito aquém do exigível.

Grande parte das verbas continuará, decerto, a ser distribuídas a centros e projectos propostos pelas Universidades, reflectindo a tendência dos anos anteriores. De acordo com os estudos compilados pelo Observatório da Ciência e Tecnologia do Ministério da Ciência e Tecnologia entre 1988 e 1995, o ensino superior continua a ser o principal contribuinte para a formação da despesa total (34% em 1995), e, também o sector que tem mais pessoal (38% em 1995) envolvido em actividades de investigação e desenvolvimento, não obstante estes indicadores terem diminuído relativamente a

* A – In: Revista da FML 1999; Série III 4 (I): 5-9.

1992. Em 1995 registava-se um aumento de peso relativo das Instituições Privadas sem Fins Lucrativos, em evolução crescente desde 1988. No seu conjunto, aqueles dois sectores (público e privado) apresentavam em 1995 uma diminuição da despesa, absoluta e relativa (de 32 milhões de contos em 1995 para 34,8 milhões em 1992). Daqui é sugerido que os 44 milhões de contos pré-atribuídos em 1999 representam uma intenção (política) de corrigir o que não estava bem e deslizava para pior. Comparando valores e descontando a inflação, o aumento do investimento anunciado perderá algum significado, não obstante ser um passo auspicioso na remodelação conceptual das prioridades nacionais, presentes e futuras.

Ainda com referência aos indicadores de 1995 (Quadro I), as ciências da saúde (onde os organismos da ciência e, também, os da educação e da saúde incorporaram, por critérios administrativos muito discutíveis, as áreas médicas e biomédicas, a par com as ciências farmacêuticas, da nutrição, enfermagem e outras), eram as que menos despendiam em investigação e desenvolvimento (9%). No conjunto das outras cinco áreas científicas, quatro (ciências exactas; ciências naturais; ciência da agricultura, silvicultura, pecuária, caça e pescas; ciências sociais e humanas) apresentavam valores aproximados (entre 12 a 16%), enquanto as ciências da engenharia e tecnologia se salientavam destacadamente das restantes, com 34% da despesa total. Não há notícia de que as desproporções indicadas tenham sido alteradas até ao presente e, também, com vista à aplicação do orçamento para 1999.

Quadro I – Despesa total e valor relativo em investigação e desenvolvimento por área científica ou tecnológica (preços correntes)

Domínios	Despesa total (x10 ⁶ escudos)	(%)
Ciências da Agricultura, Silvicultura, Pecuária, Caça e Pescas	12.028,1	16
Ciências da Engenharia e Tecnologia	24.784,0	34
Ciências Exactas	8.789,8	12
Ciências Naturais	9.750,5	13
Ciências da Saúde	6.952,2	9
Ciências Sociais e Humanas	11.346,8	15

Fonte: “Principais Indicadores da Ciência e Tecnologia em Portugal 1988-1995”, Observatório das Ciências e da Tecnologia, Ministério da Ciência e Tecnologia.

É sabido que o investimento para ciência, atribuído quase exclusivamente pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, tem privilegiado duas vertentes afins, uma representada pelos centros de investigação e desenvolvimento tecnológico de nível superior, sendo a outra vertente constituída por

incentivos directos (individualizados) à formação de técnicos e investigadores. Os apoios à formação circunscrevem-se, quase em absoluto, aos candidatos que se propõem estagiar nos tais centros pré-definidos e com projectos financiados, directa ou indirectamente, pela mesma agência. As licenciaturas na área das ciências exactas, que exigem um estágio no fim do curso, têm beneficiado particularmente daqueles apoios, através de bolsas de iniciação à investigação concedidas aos alunos finalistas. Naquela e noutras áreas afins, o financiamento de bolsas para mestrado, doutoramento e, agora também, para pós-doutoramento, criaram uma renovada dinâmica e capacidade funcional nos centros universitários de acolhimento.

Aquela conjuntura de interesses e possibilidades, verificada na generalidade das áreas científicas, não tem existido para as ciências da saúde. Restringido o problema à Medicina, sobressaem desde logo algumas limitações que muito têm dificultado a obtenção de financiamentos e, por consequência, o seu desenvolvimento científico. O recrutamento de licenciados com formação não médica para funções de investigação e/ou docência nas instituições de ensino médico vem proporcionando condições funcionais muito mais favoráveis ao desenvolvimento da investigação médica. Poderá afirmar-se que o crescimento da produção e da qualidade dos trabalhos executados naquelas instituições, a par com a consolidação de algumas áreas de excelência, está a ser potenciada pela criação de equipas de trabalho multidisciplinar que incluem médicos e investigadores com outros tipos de formação académica.

O interesse e investimento da indústria farmacêutica na pesquisa médica, frequentemente divulgados junto do grande público a par com generalização dos ensaios clínicos desenvolvidos por médicos, têm criado ideias infundadas sobre a fácil acessibilidade dos financiamentos para a realização de investigações naquele domínio. A insistência naquele tipo de notícias, e as múltiplas possibilidades de divulgação de resultados escolhidas pelas multinacionais que competem em mercados comerciais gigantescos à escala mundial, acaba por se acompanhar de efeitos perversos. É daí comum a cristalização de ideias incorrectas a que se seguem decisões institucionais também erradas. Na prática, toda a comunidade científica – e por arrastamento, também os organismos públicos responsáveis pela atribuição do financiamento em ciência – adquiriram a convicção de que a investigação médica decorre numa outra dimensão, em que não existem dificuldades em verbas para os trabalhos programados.

A crença generalizada (embora não declarada) de que a investigação em Medicina congrega facilmente apoios financeiros das mais diversas fontes, não passa de uma falácia a corrigir. Embora esses apoios de facto existam, haverá a sublinhar que são virtualmente todos dirigidos para equipas médicas que desenvolvem estudos relacionados com novos medicamentos, a introduzir ou recém-introduzidos no mercado, e em novas linhas de acção

terapêutica. Na generalidade trata-se de investigação concreta e respeitável, aplicada a problemas clínicos no âmbito das situações patológicas mais frequentes e/ou preocupantes. É uma modalidade de investigação tão importante como a que, em outros domínios, conduz ao desenvolvimento de uma patente ou cria uma nova tecnologia. Em ambos os campos, os estudos clínicos ou clínico-laboratoriais conduzem a aplicações comerciais desejadas e, decerto, facilitadas e apoiadas com desvelo por governos atentos aos resultados económicos. Subjacente àquele tipo de investigação clínica, precedendo-a a diversos níveis de profundidade, existe a “outra” investigação médica ou biomédica, em grande parte não relacionada com o estudo de novos fármacos e, também, eventualmente dissociada das temáticas classificadas como prioridade científica pelas agências financiadoras, nacionais e europeias. Este tipo de investigação, em grande parte biomédica, enfrenta dificuldades inimagináveis de financiamento.

Qualquer que seja o domínio científico parece evidente que os objectivos e desempenhos dos investigadores tendem a adaptar-se aos recursos e perspectivas em campo. É por isso compreensível o entusiasmo vivido nas áreas que dispõem de melhores condições de trabalho ou de que resultam maior prestígio e poder, científico e/ou pessoal. A escolha desses campos poderá ter sido fortuita, isto é, já constituía o seu trabalho quando, um dia, por critérios nem sempre conhecidos, foi decidido apostar fortemente naquele domínio. Em alternativa, a opção poderá ter sido oportunista, desencadeada pela atracção por financiamentos, condições e resultados seguros e, *ipso facto*, conducente à consolidação também segura de uma carreira profissional, de uma reputação científica e de um poder pessoal igualmente mais seguros. No fundo, resume-se à prática da investigação para um reconhecimento pessoal a prazo, de preferência rápido. De acordo com um inquérito dirigido à comunidade científica portuguesa, a investigação em profundidade e a que garante resultados concretos revelaram-se como as preocupações mais frequentes dos inquiridos, independentemente do seu grau profissional e da carreira, fosse docente ou de investigação.

A procura do reconhecimento pessoal vem reforçar a estratégia oficial, que visa a consolidação em profundidade de conjuntos temáticos pré-definidos, a desenvolver preferencialmente em alguns centros de investigação, na generalidade pré-determinados. Todavia, a tendência para o “cientificamente correcto” por parte dos investigadores tenderá a conduzir a um menor interesse por outras áreas de pesquisa, e/ou a uma diminuição sensível das respectivas capacidades de desenvolvimento. Em ambos os casos, há que prever a diminuição de novas áreas de investigação, com eventual prejuízo para a inovação no sistema.

Analizando a fracção de financiamento que vem sendo atribuída à área das ciências da saúde desde 1988, e comparativamente a todos os principais

domínios referenciados, há a concluir que a Saúde continua a ocupar uma posição manifestamente secundária na política científica nacional. Todavia, ainda de acordo com os estudos realizados em 1993, não parece, haver proporcionalidade entre o financiamento e a produtividade das diferentes áreas científicas em consideração. Neste ponto, as ciências da saúde revelaram-se muito mais produtivas (qualitativamente e quantitativamente) do que todos os restantes domínios científicos (Quadro II), o que mais realça a discrepância com a percentagem de financiamento que lhe vem sendo atribuída através da agência financiadora nacional. Isto é, a uma maior produtividade científica, que se calculou ser cerca de duas vezes superior à da média nacional, corresponde o financiamento mais baixo do conjunto.

As razões para aquela desproporção estão por esclarecer. Os relatórios do inquérito de 1993 à comunidade científica portuguesa não se eximiram a sugerir que a elevada produtividade das ciências da saúde se baseava no tipo de investigação realizada (que seria “estudos clínicos ou hospitalares”) e nas “características especiais da investigação naquela área”. Tendo em conta que as médias foram ponderadas por critérios qualitativos, extensivos a todos os outros domínios, e considerando que a produtividade das ciências da saúde era patente tanto em publicações como em acções de internacionalização científica reconhecidas e acreditadas, haverá a concluir que a especificidade da Medicina não justifica as diferenças verificadas e, muito menos, a injustiça do sub-financiamento que lhe é atribuído para investigação.

Quadro II – Comparação da produtividade média por investigador nos principais domínios científicos

Domínios	Média do número de produtos/cientistas*
Ciências da Agricultura, Silvicultura, Pecuária, Caça e Pescas	42,4
Ciências da Engenharia e Tecnologia	38,6
Ciências Exactas	41,0
Ciências Naturais	44,8
Ciências da Saúde	115,7
Ciências Sociais e Humanas	37,6
Média global	47,6

Fonte: J. Correia Jesuino (coordenador) “A Comunidade Científica Portuguesa nos Finais do Século XX”. Celta Editora, Oeiras 1995.

* Média ponderada em função da importância relativa da contribuição: publicação em revistas (nacionais ou estrangeiras), publicação em livros (científicos ou técnicos), capítulos em livros (nacionais ou estrangeiros), relatórios não publicados, comunicações a reuniões científicas ou patentes (no país ou no estrangeiro).

Curiosamente, segundo aquele inquérito, apenas 5,5% dos investigadores nacionais estavam de acordo com os critérios científicos gerais que vinham sendo referidos na época, enquanto cerca de 70% não acreditavam na existência de uma política científica definida para o País.

Em alternativa, poder-se-á especular que o sub-financiamento crónico das ciências da saúde resulta de opções políticas bem definidas, embora talvez baseadas em critérios discutíveis. Um desses critérios resultaria da aventada facilidade que os investigadores em saúde teriam em congregar recursos financeiros de fontes privadas. Um outro critério, não menos credível, buscaria argumentos em raízes económicas; nesta perspectiva, seria mais facilmente privilegiada a investigação em áreas tecnológicas, conducentes a aplicações no desenvolvimento industrial e sócio-económico, do que em áreas não rendíveis. Na realidade, quase 50% dos investigadores nacionais inquiridos concordavam com os critérios de financiamento preferencial em áreas prioritárias para o desenvolvimento do País.

A conotação habitual do desenvolvimento à produção da riqueza poderá justificar a posição cimeira em que as ciências com implicação tecnológica adquiriram na distribuição do financiamento para investigação. Por razões inversas, a produção das ciências médicas não origina riqueza. É também conhecido de todos de que o avanço médico beneficia a espécie humana mas, em simultâneo, está a tornar insustentáveis os encargos financeiros com a saúde. Inclusivamente, alguns dos campos de investigação biológica e médica mais sofisticados são também aqueles que estão a gerar ondas de desconfiança e contestação de natureza ética junto da população.

Nestes termos de comparação, em que num dos pratos da balança está um factor que dá emprego, riqueza e cultura, enquanto no outro lado se encontra um factor que conduz a maior despesa e a maiores problemas, é fácil de prever o sentido da decisão final. Essa decisão tem sido efectivamente tomada pelos órgãos decisores do financiamento da investigação científica nacional, ao relegar o domínio da Medicina para a última posição entre as áreas beneficiadas. E, embora as áreas médica e biomédica, classificadas como prioritárias, não sofram restrições significativas com aquela política, já o mesmo não poderá dizer-se de todas as restantes temáticas, colocadas em posição difícil ou à beira da extinção por falta de financiamento a que o domínio da saúde demonstra ter direito.

A investigação em projectos desenvolvidos por individualidades científicas e segundo as normas de competitividade internacional é somente uma das modalidades do que poderá e se justifica vir a ser a política de financiamento das ciências na formação médica. Há razões para admitir que o desenvolvimento da ciência médica nacional requer um impulso adicional, pelo qual sejam não só proporcionadas condições logísticas mas, sobretudo, capacidade e potencialidades para a formação de jovens cientistas médicos.

O desenvolvimento de apoios e programas especiais para o fomento da cultura científica na formação médica terá de constituir uma prioridade, a incluir também, no âmbito do financiamento para as ciências da saúde. Para que haja efectiva investigação médica em futuro próximo há que cuidar do seu fomento intensivo durante a pré-graduação.

Bibliografia

1. Gago JM – “Manifesto para a Ciência em Portugal”. Gradiva, Lisboa 1990.
2. Correia-Jesuino J, (coordenador) Amâncio L, Ávila P, Carapineiro G, Francisco da Costa A, Machado FL, Patrício MT, Stoleroff A, Vala J – “A Comunidade Científica Portuguesa nos Finais do Século XX”, Celta Editora Lda., Oeiras, 1995.
3. Caraça J – “Do Saber ao Fazer: Porquê Organizar a Ciência”, Gradiva, Lisboa, 1993.
4. “Principais Indicadores da Ciência e Tecnologia em Portugal, 1988-1995” – Observatório das Ciências e das Tecnologias, Ministério da Ciência e da Tecnologia, 1997.

Diálogo Ciência e Arte – Singularidades e Convergências*

Introdução

Cada manifestação do espírito humano – seja uma interpretação histórica, uma obra literária, uma observação ou um acontecimento científico – reflecte a sua época, pelo que o desenvolvimento cultural e científico decorrerá através de um encadeamento de etapas. Thomas Buckle no século XIX, e depois também Isaiah Berlin no século XX, conjecturaram que aquela sucessão de acontecimentos e factos tenderia previsivelmente para um reforço da ordem, do método e da lei, em que o inexplicável numa determinada época virá a ser inteligível no futuro (1, 2).

Não obstante as convicções manifestadas e as tentativas unificadoras entretanto desenvolvidas, particularmente desde o século XIX, subsistem as diferenças nos objectivos, métodos e perspectivas entre as ciências naturais e as humanísticas. René Descartes terá iniciado no século XVII aquela polémica, ao recusar semelhanças entre o método racional que conduz à descoberta da “verdade” através de princípios e leis físicas e matemáticas e, por outro lado, os estudos históricos, que considerava uma amálgama de factos, crónicas e missivas isoladas, sem fundamento claramente dedutivo ou indutivo (3).

Por seu lado, a arte é um tipo específico de actividade humana, que, pela sua diversidade e a heterogeneidade, tem características semelhantes aqueles estudos históricos. O talento do artista, assim como o dos historiadores, orienta-se no sentido da associação de pormenores, na captação das diferenças e semelhanças, na representação do invisível que a experiência consegue distinguir e, depois, expressa como pintura, escultura ou noutras formas plásticas. Em contraste com a homogeneidade e a unidade tendencial do conhecimento que fundamenta as ciências naturais. Porém, no entender de Kant aquelas características não significavam que ambos os tipos de actividade humana fossem oponentes entre si, pelo contrário admitia a sua complementaridade (4).

* A – In: “Passagens – 100 Peças para o Museu de Medicina”, M Valente Alves (ed.), FML, Lisboa, 2005, pp. 184-188.

Os objectivos e actividades que a natureza não produz e são gerados pela inteligência e labor humano são produtos da cultura (5). Por conseguinte, quer os estudos históricos ou humanísticos, como a arte nas suas diversas expressões, quer as ciências naturais e tecnológicas, entre outras, são manifestações culturais que, de uma forma ou outra se complementam.

Criatividade científica e prazer estético

A natureza e os mecanismos subjacentes à criação científica permanecem um mistério. Do mesmo modo continua por esclarecer a actividade cerebral que conduz ao acto da criação artística, bem como o prazer estético, quer do criador quer de quem contempla a obra por aquele produzida.

A concepção de um equipamento para o estudo de determinada propriedade ou representação material ou biológica (p. ex., um microscópio, um electrocardiógrafo, ou um espectrómetro de massa) não é, por si, uma criação artística. O cientista ou “técnico” pretendem, essencialmente, uma ferramenta que possibilite a obtenção de resultados específicos, que permita a observação de factos que confirmem ou, pelo contrário, contradigam uma hipótese ou uma lei estabelecida. Pela experiência obtida é comum assistir-se à simplificação ou ao progressivo aumento de complexidade do equipamento em causa, relegando os modelos anteriores para trabalhos menores ou, simplesmente, para a prateleira dos objectos que perderam utilidade.

Porém, pela apreciação daquelas peças, desde a original até à mais recente, a cada uma está associada uma história de sucessos e insucessos científicos, quer no seu domínio quer também a dos outros domínios que contribuíram, directa ou indirectamente, para o contexto conceptual e ou evolução instrumental.

Para uma melhor clarificação do exposto, tomem-se como exemplo os estudos que conduziram ao desenvolvimento científico da espectroscopia e dos instrumentos que lhe estiveram associados, e cujos antecedentes remontam decerto ao arco-íris que, durante milénios, terá sido observado pelo homem com um misto de admiração e temor. Depois terá sentido curiosidade em conhecer a origem do fenómeno. Todavia, o primeiro esclarecimento sobre o seu significado veio a acontecer somente em 1666, quando Isaac Newton demonstrou que a luz solar podia ser decomposta numa sequência contínua de cores, denominando esse fenómeno por “espectro da luz”. Para as suas observações pioneiras, Newton utilizou o seu génio e pouca coisa mais: um feixe de luz que fazia passar por um pequeno orifício, uma lente para o corrigir, um prisma para dispersar o feixe e um ecrã onde projectava o espectro luminoso resultante. Na prática, o instrumento elementar concebido por Isaac Newton continha, sem ele o saber nem prever, a essência dos futu-

ros espectroscópicos, em que a análise da luz constituía o princípio do domínio científico da espectroscopia (6).

Cerca de 150 anos mais tarde, W. Herschel (1800) verificou que parte da radiação solar não visível constituía a zona dos infravermelhos enquanto J.W. Ritter (1801) observou que as radiações podiam estender-se ao outro extremo do espectro luminoso, a zona da ultravioleta. Alguns anos mais tarde Joseph Fraunhofer (1814) descobriu o processo de quantificar o espectro luminoso através das linhas espectrais nele detectadas, com o auxílio de prismas construídos com vidros diferentes ou com fendas em sequência. Estava criada a base quantitativa da espectroscopia, que possibilitava a medição do comprimento de onda das linhas espectrais.

Outros investigadores que trabalhavam no mesmo assunto desde o início do século XIX conseguiram, em laboratório, a observação das cores do espectro consoante os elementos químicos que estavam presentes na fonte emissora. Fraunhofer morreu sem ter compreendido a origem daquelas linhas, hoje conhecidas pelo seu nome. O conhecimento da natureza das linhas espectrais foi resolvido por G. Kirchhoff que, juntamente com R. Bunsen, estabeleceu que cada substância (elementar ou composta) tinha o seu espectro próprio, a partir do qual se poderia inferir a respectiva composição química. Estava criada a análise espectroquímica da composição de materiais, actualmente aplicada quer a corpos terrestres quer a estudos astrofísicos.

Os estudos e as doutrinas científicas elaboradas sobre o assunto avançaram aceleradamente a partir dos finais do século XIX, com destaque para os contributos de J.F. Balmer e J.R. Rydberg, tendo este demonstrado a vantagem em expressar as linhas espectrais dos elementos químicos pelos valores da frequência (em lugar do comprimento da onda), primeiro porque indicava uma diferença entre duas quantidades e, em segundo, porque permitiam medir a frequência de emissão por uma constante simples e essencial. A teoria quântica concebida (em 1913) por Niels Bohr sobre o átomo de hidrogénio baseou-se naqueles conceitos, abrindo novas perspectivas à espectroscopia e aos estudos sobre a estrutura do átomo, pela qual os prótons ocupam o núcleo central em volta do qual os electrões se movem em orbitais circulares.

Deve-se a Arnold Sommerfeld a alteração daquele modelo planetário do átomo, ao propor que os electrões giram em órbitas elípticas e não circulares (embora posteriormente, também incluísse orbitais circulares e efeitos de relatividade). Daquela perspectiva resultou a previsão de riscas espectrais baseadas nos efeitos relativos das órbitas elípticas. Não haveria emissão de radiação (sob forma de um fóton de energia livre), em fase estacionária mas, somente, quando um electrão transitasse de um orbital superior para um mais próximo do núcleo. Aquelas evidências sobre a estrutura atómica foram facilmente aceites e fundamentaram os resultados anteriores de Balmer, Rydberg e outros; adicionalmente deram consistência à ideia de que a fre-

quência de uma linha espectral representava a diferença entre dois níveis energéticos distintos. Daqui resultou o desenvolvimento da teoria quântica por um conjunto de investigadores de nomeada do primeiro quartel do século XX, como I. Schrodinger, W. Heisenberg, S. Goudsmit, G. Uhlenbeck, W. Pauli e A. Einstein.

A espectroscopia moderna (de ultraelevada resolução) começou com a descoberta do laser (por G.H. Townes e A.L. Schawlow, 1958), que substituiu vantajosamente as lâmpadas espectrais, assegurando radiações monocromáticas em todo o espectro óptico. A medição quantitativa do espectro de radiação, tornado possível por registo fotográfico, esteve na base do método espectrográfico, cujos desenvolvimento e aplicações se fizeram sentir a partir de 1920.

Ressalvando os primeiros instrumentos, que eram muito simples e de construção artesanal pelos próprios investigadores, a tendência foi para uma construção progressivamente mais cuidada. Na generalidade, todos os equipamentos eram constituídos essencialmente por prismas (ou por redes), lentes e uma fonte luminosa, depois reforçada por um colimador e eléctrodos. Assim que foi ultrapassada a barreira dos estudos laboratoriais para a sua aplicação industrial, os componentes essenciais dos instrumentos passaram a ser protegidos por invólucros com aspecto harmonioso.

Em qualquer dos casos, não suscitará dúvidas que o espírito criativo do inventor se expressava num instrumento de pesquisa, objectivado para a resolução de um desafio intelectual e não para ser objecto decorativo ou propósitos artísticos. Os resultados experimentais obtidos poderiam culminar ou não na elaboração de uma generalização doutrinária, porém, nada impedia que o equipamento para utilização científica não tivesse uma expressão artística, em que a emoção criativa se conjugava com os objectivos definidos pela razão.

A emoção da criatividade

Igualmente, pela contemplação dos desenhos de Leonardo da Vinci, não é possível dissociar do esquema do corpo humano ou de um potencial engenhoso voador a componente harmoniosa do artista que nos legou, também, a *Mona Lisa* (7).

Em qualquer dos casos, o cérebro do artista e ou do cientista estabelecem intenções, constroem representações do que observam ou pretendem realizar, imaginam o seu aspecto e funcionalidades finais, seleccionam os componentes que julgam mais adequados e coerentes aos fins pretendidos e, somente depois, passam à sua concretização.

Citando Changeux, “*a arte explora as predisposições do nosso cérebro para criar relações entre razão e prazer*” (8). É sabido que na ciência são

pesquisados factos objectivos, depois ordenados em modelos subsequentemente aceites e registados em função da realidade; nesta continuada pesquisa da explicação ou soluções, a componente cognitiva é potenciada pela inovação que incentiva a descoberta. O cientista deverá sentir prazer com a sua actividade e poderá aceitar com satisfação ou rejeitar os resultados que dela obtém. No entanto, a arte e a ciência continuam a ser diferentes nas metodologias que usam e nos objectivos que pretendem: as ciências naturais têm exigências de precisão não atingidas nem pretendidas pelas manifestações artísticas.

Ciência e arte são formas diferentes de apreciar a mesma coisa (7), que é o mundo em toda a sua plenitude e diversidade coerente; acresce que enquanto o artista sabe que somente através de combinações de materiais e cores consegue transmitir de outra forma o que já se conhece, em ciência há sempre um mundo desconhecido à frente, a aguardar revelação; o mesmo é dizer que não há limites ao conhecimento pela ciência nem ao seu conteúdo durante a vida do investigador. Entretanto, numa pintura artística ou num poema sabe-se que têm um princípio e uma conclusão, a qual acontece na vida do seu criador que assim a procurou e obteve.

Por outro lado, seja artista ou cientista, o homem aprecia as situações consoante for a sua disposição de momento. Um quadro artístico ou uma teoria científica, como produtos que são de actividades humanas distintas, constituem representações percebidas pelo cérebro através de impulsos eléctricos. O objectivo mental elaborado pelo córtex é a síntese de um conjunto de observações analíticas prévias sobre cada uma das partes que constituem essa teoria ou uma peça de arte. A síntese final poderá agradar em determinada situação ou, pelo contrário, ser menos apreciada noutra momento, consoante for o estado mental, a experiência adquirida e a disposição do observador.

De acordo com António Damásio, o organismo humano nasce provido de mecanismos automáticos a que, progressivamente, são adicionadas experiências culturais e sociais, configurando o conjunto de comportamentos do ser (10). Por sua vez, o meio (ambiente e social) influencia o homem e é também por este modificado, num processo contínuo de interações e de adaptações. Será por isso natural que, em épocas diferentes, uma pintura ou um equipamento sejam apreciados ou tenham utilizações distintas das originais.

Enquanto a estrutura e os produtos de investigação científica tendem a anular a individualidade em favor de uma perspectiva universal, a obra de arte é singular no seu significado, no sentido que lhe foi dado pelo artista, que pode ser inteligível e interactuar (ou não) agradavelmente com o observador.

A contemplação não terá de ser meramente passiva; ao requerer a interpretação de sinais, a recriação de analogias e a compreensão dos seus diversos níveis de sentido, o prazer estético é racionalizado com sentido crítico. Neste processo de análise-síntese intervêm o córtex pré-frontal, em conexão com as áreas adjacentes temporo-parietais e também com o sistema límbico, justificando-se assim as manifestações enunciadas (de prazer ou rejeição) que a contemplação da obra possa suscitar (11).

Igualmente, o criador da obra participará a vários níveis prévios. À intenção de a executar segue-se um esquema mental, a configuração do que pretende e por fim a sua representação final coerente. No conjunto, a criatividade também associa o entusiasmo afectivo à racionalidade que acciona a escolha de intenções e a forma da resolução, consentâneas ao plano que o artista tem em mente. Por conseguinte, no processo de criação também haverá a participação do lobo frontal na elaboração da pré-representação e simulação mental de uma obra que seja do agrado do autor e esteja conforme o seu sentido crítico (12).

A habituação aos estímulos afectivos emanados de determinada obra conduz ao cansaço estético. Por si, esta sensação constituirá o incentivo para uma renovada (ou tentada) criação de estímulos que (re) despertem a atenção, quer do autor quer do observador. Neste processo intervêm reacções neuronais que associam os mecanismos anteriormente citados aos centros de aprendizagem e de memória, através dos quais o prazer (ou a sua negação) seja suscitado pela percepção de estímulos que, sendo novidade, todavia contêm alguma componente já conhecida (13).

O encadeamento prolongado de imagens renovadas, a que se associam as componentes afectivas, consolidará o amadurecimento cultural do artista e do observador, assegurando-lhe também o sentido crítico. No fundo, é a materialização de uma interacção inata, e também adquirida, entre os dois hemisférios cerebrais; de um lado o córtex direito, mais ligado à percepção global das imagens e à expressão emocional, enquanto no esquerdo está localizado os centros de audição, linguagem e actividade motora e que, por isso, “calcula mais do que sente”. Por fim, da conexão do córtex com o sistema límbico resulta a componente “prazer-rejeição”, entre outras *pulsões* accionadas localmente por encefalinas e endorfinas (14-16).

O significado das colecções museológicas

Changeux propôs que uma colecção de objectos, qualquer que seja o seu tipo, representa a “*expressão da faculdade cognitiva própria do cérebro humano, pelas quais este organiza a natureza e finalmente a domina*”. Nesta perspectiva parece aceitável que se considere uma colecção como instrumento de conhecimento.

Simultaneamente, a colecção tende a adquirir uma nova faceta como veículo de intercomunicação social, em que, pela autonomia adquirida, congrega potenciais manifestações interactivas e partilhadas, seja através da exposição ou como núcleo de diálogo sobre aspectos que lhe estão directa ou indirectamente agregados, por ex., sobre acontecimentos contemporâneos, estilos, aspectos culturais, científicos e demais hipóteses de relacionamento pessoal.

Naquela perspectiva faz sentido que colecções com afinidade temática sejam reunidas em estruturas orgânicas próprias, designadas por *museus*. Nessas unidades seriam possibilitadas, favoravelmente, actividades interactivas entre arte, humanidades e ciências, disponibilizadas a um público interessado. Muito mais do que se limitar à exposição estática de peças, o museu temático deverá fomentar diálogos, ilustrar a dinâmica da criatividade e, pelo seu relacionamento interdisciplinar, constituir um centro interactivo de ciência e cultura, para usufruto e aquisição aplicada do conhecimento específico e universal, passado e contemporâneo (8).

Num museu constituído fundamentalmente por peças de conotação científica deverá ser patente a história dos conhecimentos intrínsecos, a sua origem e evolução. Também seria ilustrativa a revelação das insuficiências e limitações de que resultaram os novos equipamentos, a par com as frustrações vividas e os momentos de inspiração para a solução procurada pelo investigador. Seria excelente que os museus da ciência e do conhecimento contribuíssem para desmistificar a ideia de que o cientista é um demiurgo, um triunfalista arrogante das suas ideias e resultados, um ser sem alma nem interesses humanistas. Por fim, seria importante que o progresso dos conhecimentos e das obras pela ciência coexistisse harmoniosamente com manifestações culturais definidas por padrões diferentes de evolução, completando-se entre si simultaneamente e, deste modo, contribuindo para novas sínteses universalistas.

Uma colecção museológica deverá ser representativa de uma época, de uma ciência, de uma escola artística, de uma actividade ou de outras matrizes socioculturais. Nessa perspectiva, cada colecção contribuirá para o património intemporal do conhecimento, permanentemente acessível a gerações sucessivas da população.

Em prol do Museu de Medicina

Por consequência, também oferece total legitimidade a existência de um *Museu de Medicina*, não só por abranger potencialmente um historial que remonta quase às origens do homem como, numa dimensão mais realista, configura as etapas mais significativas da sua evolução ao longo dos séculos e, em particular, os principais marcos da ciência médica.

Os critérios que definem a importância de um equipamento ou de uma peça no contexto da história médica são tanto mais difíceis e precários quanto mais próximos estiverem os factos a que se referem. O tempo constitui um filtro insubstituível na avaliação do que foi representativo, ou não, para o progresso da Medicina. Todavia, nada impede que as colecções de museu configurem o testemunho de um passado científico que os contemporâneos julguem ser relevantes de momento, mesmo que deixe de o ser num futuro indefinido. Essencialmente, importa que a temporalidade de cada peça exposta seja reforçada pela história da sua concepção e utilidade, bem como do conhecimento que lhes esteve associado ou originou. Em nossa opinião, somente naquele enquadramento cada peça do museu da Medicina será uma fonte de conhecimento interactivo, a ser analisado pelos actuais e futuros médicos e outros cidadãos motivados.

Cumpra aos contemporâneos zelar pela preservação do testemunho da ciência médica no período da sua actividade, sem o que parte da memória de cada época se extinguirá. As raízes históricas de cada etapa da ciência médica não podem ser cortadas como se o passado não estivesse na génese do presente, e como se os acontecimentos e progressos actuais tivessem resultado da “geração espontânea”. Lamentavelmente, a tendência para a continuação “invenção da roda” tem sido uma constante ao longo da história. A atitude dos que se recusam a conhecer o passado e concedem importância somente ao presente e ao futuro revela, afinal, uma visão arrogantemente limitativa da perspectiva do conhecimento. Em sua substituição reclama-se uma abertura não preconceituosa sobre o progresso que mudou o mundo e a *revisitação* de factos arquivados em períodos remotos.

A exposição “Passagens” organizada pela Faculdade de Medicina de Lisboa no Museu Nacional de Arte Antiga demonstra a vitalidade de um projecto institucional que, através de uma selecção de peças representativas de vários campos do seu trabalho e investigação, culminará num futuro Museu de Medicina. Com a intervenção colaborante dos responsáveis anteriores e actuais das unidades daquela Faculdade, o Museu de Medicina constituir-se-á, naturalmente, numa nova “sala de aulas” aberta ao contexto histórico de cada sector e do desenvolvimento do saber aplicado às ciências médicas e à prática clínica.

No âmbito do Museu de Medicina, a Faculdade poderá revelar aos alunos, médicos e população interessada o significado do seu património e a importância que representa a preservação da sua memória, para que o futuro aconteça com bases sólidas e coerentes. Porque, como alguém disse, “um povo sem memória é um povo sem futuro”.

Bibliografia

- 1 – Buckle T – “History of Civilization in England”, vol. I, London 1857 (cit. p Isaiah Berlin, ref. 2).
- 2 – Berlin J – “A Busca do Ideal”, Lisboa: Editorial Bizâncio, 1998, pág. 63-104.
- 3 – Descartes R – “Discurso do Método e Tratado das Paixões da Alma”, Lisboa: Livraria Sá da Costa, Editora, 1961.
- 4 – Kant T – “Crítica da Razão Pura”, 5.^a ed., Lisboa: ed. Fundação Calouste Gulbenkian, 2001.
- 5 – Valente Alves M – O impulso alegórico: a arte e os seus duplos. In: “Impulso Alegórico”, ed. Ordem dos Médicos, 1998, pp. 17-37.
- 6 – Langstroth GO – Spectroscopy: emission methods. In: “Medical Physics”, O. Glasser (Ed), Chicago: The Year Book Publs Inc, 1950, vol. II, pp. 1007-1018.
- 7 – Zöllner F – “Leonardo da Vinci”, Koln Benedikt Taschen Verlag GmbH, 2000.
- 8 – Changeux J-P – “Raison et Plaisir”, Paris: Éditions Odile Jacobe, 1994.
- 9 – Banville J – Beauty, charm, and strangeness: science as metaphor. *Science* 1998; 281:40-41.
- 10 – Damásio AR – Exploring the minded brain. In: “Aquém e Além do Cérebro”, conferência inaugural do 2.º Simpósio da Fundação Bial, Porto, 2-4/Abril/1998, ed. Fundação Bial, 1998, pp. 21-36.
- 11 – Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM – Emotional states and feelings. In: “Principles of Neural Science”, 4.^a ed., New York: McGraw Hall, 2000; capítulo 50, pp. 982-997.
- 12 – Dolan RJ – *Emotion, cognition and behavior. Science* 2002; 298:1191-1194.
- 13 – Boorstin DJ – “Os Criadores – Uma História de Heróis da Imaginação”, Lisboa: Gradiva Publicações Lda., 1993; capítulo 44, pp. 367-375.
- 14 – Tulving E, Schacter DL – Priming and human memory systems. *Science* 1990; 247:301-306.
- 15 – Eckman P, Levenson RW, Friesen WV – Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science* 1993; 221:1208-1210.
- 16 – LeDoux JE – Emotion, memory and the brain. *Sci Amer* 1994; 270:50-57.

Poderá Haver a “Divulgação da Cultura” Entre Nós?*

Não será demasiada pretensão realçar as importantíssimas funções que as Sociedades Científicas desempenham na promoção da Ciência, Cultura e Arte entre os seus membros. As Sociedades que não o façam, que não privilegiem e fomentem a intercomunicação com os seus sócios, que não difundam notícias específicas ou relacionadas com os seus objectivos, que não suscitem o debate (quijá polémico) ou que não estimulem a actualização dos conhecimentos junto dos seus associados são entidades moribundas ou em vias de extinção.

As Sociedades Científicas ocupam um lugar ímpar e insubstituível – porque equidistantes, multifacetadas e pluri-institucionais – no panorama cultural do homem de Ciência ou da Tecnologia. O espaço criado para a apresentação de resultados, a oportunidade daí derivada para uma discussão descomplexada de complacências e subordinações *mediocrizantes*, são razões que fundamentam a necessidade de apoios individuais e colectivos que visem a prevenção e desenvolvimento desses “portos de abrigo” do pensamento e da reflexão positiva.

Por esses e outros argumentos similares, há que considerar as Sociedades Científicas como potenciais porta-vozes do sentir e vontade dos seus membros, eco do pulsar de vivência que as anima.

Todavia, a vivência da generalidade das Sociedades Científicas nacionais não é hoje tarefa fácil. Às múltiplas dificuldades que caracterizam o nosso (dis) associativismo e as inúmeras solicitações que requerem a atenção dos seus associados, soma-se o peso esmagador das carências mais diversas, aumenta a investida de uma burocracia impiedosa (que, entre outros paradoxos risíveis, confunde as Sociedades Científicas com Sociedades Comerciais), e tornam-se asfixiantes os encargos mais basais de qualquer associação que cumpra o mínimo das suas obrigações, que é o comunicar com os seus sócios.

No presente, atinge dimensões escandalosas o que se passa com os portes de correio seja para uma vulgar carta ou para envio de uma publicação

* NE – In: Boletim da SPHM 1991; 19:1 e 14.

periódica. Os encargos-base duplicaram e é virtualmente impossível obter informações precisas sobre os mesmos, por parte do pessoal dos Correios e Telecomunicações. Há Sociedades Científicas que já não têm possibilidade de custear os portes de correio, relativos às suas publicações o que, obviamente, será o começo de uma caminhada sem futuro.

A situação é grave e, tanto quanto se sabe, atinge profundamente toda a Sociedade Portuguesa – individual, institucional e empresarial. Todavia, para as instituições científicas e educacionais – tradicionalmente secundarizadas na capacidade económica intrínseca, e marginalizadas de ocasionais distribuições de “prebendas” ou apoios que favorecem os sectores mais (visível e rapidamente) produtivos ou acarinhados pelo Poder – o problema é ainda mais grave: constitui um verdadeiro desafio à sua sobrevivência.

Naturalmente, quase tudo que o Homem cria tem solução. Por vezes basta um pouco de inteligência, pelo menos, um traço de sensibilidade “cultural”. Em Espanha, aqui mesmo ao lado, parece que ambos os atributos estão presentes. As publicações científicas que nos chegam às mãos vêm em envelopes iguais aos nossos, com a palavra “Impressos” num canto mas com uma diferença: um carimbo nele apostado diz “Divulgacion de La Cultura. Reduccion 50%”!...

A preservação do tecido cultural e científico de que a nossa Sociedade faz parte requer cuidados esmerados, atenções constantes e estímulos crescentes. Esses cuidados passam pela criação de estruturas próprias que protejam as associações científicas culturais e educativas sem fins lucrativos.

De outro modo, a extinção é inevitável e a aculturação labrega será o nosso destino; dele já estivemos muito mais longe do que estamos agora.

A criação de uma taxa reduzida para “Divulgação da Cultura” seria uma medida inteligente, oportuna e que, atendendo aos baixos índices culturais-científicos que nos caracterizam, até nem seria dispendiosa nesta actualidade governativa da privatização.

Contribuição para a Cultura Científica*

1. Considerações gerais

A criação do saber é reconhecida como uma das mais nobres e essenciais competências da Universidade. O novo saber consolida o repositório de conhecimentos acumulados e certificados pela experiência, acresce-lhes modificações em extensão e profundidade variáveis. Por via desta prática secular poderá afirmar-se que o conhecimento flui e é moldado continuamente, segmentando-se em verdades transitórias que influenciam em determinado período o pensamento, o comportamento, a actuação e outras características representativas da actividade humana. No pressuposto de que todo e qualquer conhecimento tende a ser modificado pelas circunstâncias, também o conteúdo do que se transmite ou se aplica deverá ser entendido em plena transitoriedade.

Uma das primeira e mais importantes lições a adquirir na Universidade é a de que não há nem certezas nem dogmas, somente interrogações. E, no espírito da *dúvida permanente* incentivada por Aristóteles, é indispensável que cada membro da cooperação universitária mantenha viva a sua curiosidade pelos factos, que observe e procure com perseverança novas explicações, soluções ou aplicações para as *certezas* estabelecidas.

A consolidação da pesquisa científica intra-muros, além de contribuir para um modelo institucional que privilegie a criação de conhecimento, confere-lhe motivos justificados para a revitalização permanente de conceitos, conteúdos e práticas. A história contemporânea confirma que não há evolução nem progresso social sem renovação científica. Igualmente, não há ciência qualificada ou relevante que provenha de instituições universitárias desprovidas de hábitos e/ou recursos para a investigação. Por idênticas razões, as universidades mais prestigiadas pela qualidade do seu ensino, pela cultura que transmitem e pela formação que conferem existem nos Países que mais incentivos concedem para a investigação e, por isso, mais e melhores condi-

*P – In: “A Investigação Científica na FML 1996-1998”. Série Relatórios da FML, 2000; 3:vii-x.

ções suscitam para o florescimento e desenvolvimento da Ciência, seja esta fundamental ou aplicada.

2. Antecedentes institucionais

Em 1911, por determinação governamental e graças a uma plêiade de professores insígnies, a Escola Médico-cirúrgica de Lisboa evoluiu para um novo conceito de formação médica, em que a aprendizagem clínica passou a ser antecedida por uma sólida preparação nos domínios das ciências básicas. Nessa data, a Escola Médica foi transformada em Faculdade de Medicina, constituindo uma das quatro unidades orgânicas da recém-criada Universidade de Lisboa.

Dinamizada por número crescente de cientistas e clínicos prestigiados que, pelo seu muito esforço e saber, criaram a instituição que nos foi legada e a que nos orgulhamos de pertencer. Por via de uma política de horizontes largos, a investigação científica encontrou terreno para se desenvolver e para fundamentar um ensino de qualidade, pelo qual gerações sucessivas de jovens médicos obtiveram a sua formação. Durante décadas sucessivas, e ainda até cerca dos anos 60, o prestígio da *Escola de Lisboa* constituía uma atracção para número significativo de alunos de medicina das outras Faculdades do País, que aqui desejavam concluir a sua licenciatura. Particularmente, o desenvolvimento dos estudos neurológicos e da angiografia cerebral por Egas Moniz, único prémio Nobel de Medicina nacional, a relevância da escola angiográfica de Reynaldo dos Santos, consolidada por Cid dos Santos e discípulos, constituíram alguns dos argumentos muito fortes para aquele interesse e para o elevado prestígio então alcançado pela Faculdade de Medicina de Lisboa.

Pertence à história da FML a afirmação do Professor Cid dos Santos de que “*para fazer investigação bastam facas e colheres*”. Naturalmente que a afirmação vale pelo que pretendia significar, ou seja, para investigar é essencial a criatividade sendo o resto quase acessório. Todavia, é bem sabido que o aprofundamento da investigação a níveis progressivamente mais complexos induz encargos financeiros potenciados. Na ausência de financiamento específico a instituição universitária é esvaziada de capacidades para desenvolver a investigação projectada, independentemente da vontade e da criatividade dos seus membros. Neste aspecto são exactamente os domínios experimentais e das ciências básicas, por estarem dependentes de equipamentos e técnicas mais dispendiosos, os mais afectados.

Não sendo viável fazê-lo desde o seu início, foi decidido iniciar a retrospectiva institucional por triénios, sendo este o primeiro relatório referente ao período de 1996 a 1998. Não obstante haver algumas lacunas de

informação, não recolhida em campo útil, é de salientar que os elementos coligidos reflectem o dinamismo e a qualidade da produção científica da Faculdade de Medicina de Lisboa, que se renova por novos saberes na área da Medicina e da Biomedicina e se posiciona em linhas estratégicas competitivas que asseguram desenvolvimento promissor e participação de primeiro plano, de âmbito nacional e internacional.

Uma palavra é devida a todos os membros activos da FML, particularmente aos investigadores que, pelo seu esforço e perseverança na procura do que se desconhece ou pretende esclarecer, na perspectiva de uma ciência médica e biomédica mais rigorosa e eficaz, dão espírito e corpo à nossa Faculdade, contribuindo ainda para uma participação institucional activa e estrutural na comunidade.

Por fim, que se registe e enalteça o valioso trabalho desenvolvido pelo Gabinete de Apoio à Investigação Científica (GAPIC), sob a coordenação da Profa. Doutora Leonor Parreira, cujo dinamismo e rigor postos nesta incumbência veio possibilitar o primeiro documento global sobre o estado da investigação e da ciência na FML no triénio em referência.

Reflexões Sobre o Progresso da Ciência na Consiliência do Conhecimento*

Introdução

A linguagem científica deve ser clara, rigorosa e internacionalmente inteligível. Os resultados experimentais e as pesquisas científicas em geral requerem avaliação continuada, quer no que significam em si quer no impacto que originam em outros domínios. Quanto a este último assunto será desejável que as descobertas e/ou a reformulação da evidência num determinado domínio não constituam ameaças para os outros sectores, mas sejam, simplesmente novos desafios com aplicação a todos os campos do saber e do conhecimento.

Assim como não há verdades absolutas e perenes também não se poderá dizer que os resultados observados em determinada época ou as conclusões deles retirados constituam evidências fragilizadas com o decorrer do tempo, portanto, já parcialmente irrelevantes desde que foram formuladas. Por conseguinte, o desenvolvimento científico estaria, como quase tudo na vida, num equilíbrio necessariamente instável, que resulta da dinâmica própria de cada facto, nas inter-relações que estabelece no próprio domínio e no entrecruzamento global com os outros campos, constituindo, no seu conjunto, uma *unidade de conhecimento* em constante transformação adaptativa e crescente complexidade (1). Subjacentes a esta dinâmica existem as leis que regem os fenómenos, sejam eles físicos, químicos, biológicos, matemáticos ou outros. Porém, em determinados momentos, a dinâmica do conhecimento e a sua duração poderão ser condicionados pelos valores vigentes em cada local, em cada época e/ou em diversas circunstâncias, quer sejam políticas, socio-económicas ou religiosas (2).

Múltiplos exemplos confirmam a interacção entre domínios que, ainda há menos de um século, estavam convicta e completamente dissociados em extremos opostos, senão mesmo antagónicos (3). O mundo das ciências

* A – In: Revista da FML 2005; Série III 10 (8): 447-454.

experimentais e biológicas (também designadas por ciências da natureza ou naturais, ou ciências puras), e o das ciências humanas e sociais, representam, aparentemente, duas culturas distintas. Na conferência que proferiu em 1959, sob o título “The Two Cultures and the Scientific Revolutions”, Snow deixou como mensagem fundamental que a dicotomia entre domínios aparentemente distintos seria indesejável para o futuro das mais diversas actividades humanas, e a sua continuada fragmentação constituiria uma ameaça para a convergência cultural, potenciadora do desenvolvimento harmónico da civilização (4). Estas reflexões encontraram eco em E.D. Wilson e colaboradores, que conceberam na década de 70 um movimento científico aglutinador, genericamente conhecido por sociobiologia humana (5); a unicidade proposta despoletou imediata rejeição por parte de cultores das ciências humanas, cujos objectivos e, sobretudo, metodologias se afiguravam muito distintos dos das ciências naturais e experimentais, apesar de ambos os tipos, isoladamente, se reclamarem positivistas e pragmáticos (6).

As modificações registadas nos domínios da biologia e das tecnologias aplicadas à Medicina vieram afrontar, a partir da última metade do século XX, muitas convicções arraigadas. Nos últimos vinte a trinta anos diversas pontes de contacto foram lançadas do lado das ciências naturais sobre o fosso que as separa (ainda) das ciências humanas e sociais. Entre outras, destacam-se as neurociências, a genética e a sociobiologia humana, e a biologia do desenvolvimento. Por sua vez, do lado das ciências humanas e sociais também despontaram tentativas de interacção através da psicologia do conhecimento e da antropologia biológica, algumas das quais consideradas impossíveis, p. ex., entre os fenómenos moleculares e o comportamento psicológico e emocional do homem (7, 8). Reciprocamente, o stress agudo ou crónico (resultante da adaptação cognitiva e psicológica às mais diversas circunstâncias do meio envolvente em que o homem vive) (7) demonstrou ser um indutor poderoso de alterações funcionais relevantes que, não sendo interrompidas, geram um ciclo vicioso de progressivo agravamento físico e psicológico (9).

A génese dos factos científicos e a gestão do conhecimento

A compreensão dos principais acontecimentos que marcaram a história da Ciência e estabeleceram ligações entre si assenta num processo comum que, de forma genérica inclui, as seguintes fases: (i) “agitação intelectual”, que caracteriza o nascimento de uma ideia; (ii) especulação e hipótese; (iii) experimentação e procura de respostas e (iv) análise, racionalização, realização, demonstração e difusão dos resultados.

Aquele faseamento não significa que haja consenso completo ou, sequer, mínimo quanto aos métodos ou quanto às respostas aos problemas

existentes nas diversas ciências. Na realidade, cada facto, cada peça, cada instrumento, cada publicação que emane de determinado núcleo científico coexiste num meio de saberes heterogéneos, cada qual possuidor de conhecimentos, teorias, leis, e técnicas instrumentais que lhes são próprios.

A história da Ciência (e a de cada uma das suas partes) inclui uma sequência de componentes que a tendem a modelar. À medida que novos factos são trazidos à luz do dia, mais completa (ou correcta) se torna a sua concretização e, designadamente, também, a sua compreensão. O primeiro conhecimento sobre o assunto é o ponto de partida para a elaboração de uma hipótese ou de uma sequência de acontecimentos (10)

Naturalmente, também, contam os antecedentes com eventual relação sobre o assunto, tais como as leis ou crenças que vigoravam na época, os instrumentos que as apoiavam, os motivos que estiveram na génese das modificações a que se assiste (*momento t + 1*) e, ainda, a sua evolução conceptual. Esta premissa tem subjacente a realidade comum da evolução do conhecimento, pela qual cada novo facto poderá não estar relacionado ou, pelo contrário, interferir (positiva ou negativamente) no que era conhecido e aceite anteriormente.

Um outro aspecto consiste em identificar o motivo da opção científica tomada pelo seu mentor, entre os outros materiais e hipóteses com que decerto trabalhou. Tal não significa que aquele acervo de informações, por vezes precioso, assim como os registos finais que cada investigador venha a considerar definitivos e publicáveis, sejam a peça fundamental em que assenta a evolução de determinado conhecimento pelos investigadores que lhe sucedem. Cada investigador tende a utilizar o que lhe convém dos trabalhos e equipamentos anteriores, por vezes na convicção (ingénua) de que, como a sua actuação é orientada para o futuro, o passado não importa. Não obstante, esse passado incluirá princípios, resultados e instrumentos que possibilitaram posteriores evoluções e concretizações, que fizeram atingir o conhecimento até ao momento em que o investigador contemporâneo o utiliza o que, como princípio ético, deve referir nos seus trabalhos (11).

Por sua vez, cada nova revelação pode constituir um acontecimento aparentemente ilógico ou “desalinhado” com as teorias, conceitos e resultados anteriores. Nesta situação, que substancia a realidade da parte relevante da evolução científica, torna-se compreensível a minimização do passado, em grande parte fruto do entusiasmo do momento pela nova descoberta:

Outro aspecto influente no acolhimento de um facto científico é o do ambiente social em que se inclui, em particular, a preparação que resulta do sistema educativo em vigor e a evolução cultural do meio (12). A criação, o desenvolvimento de uma nova ideia ou de um equipamento específico para o seu estudo ou aplicação, pode ter ou não receptividade (científica, cultural,

religiosa, ideológica) na comunidade em que decorre. Há muito que se sabe que a capacidade de decisão individual é reforçada pela informação adequada sobre os problemas, possibilitando uma evolução comportamental. Nesta base, os novos factos assim como os novos conceitos serão provavelmente melhor aceites por uma população previamente informada. Os interesses de quem gere o sistema, a “moda” vigente e, não por último, a existência (ou inexistência) de mecenas privados e/ou de uma política de financiamento de âmbito político, são factores determinantes naquela evolução (13).

Os *pressupostos* (que não são factos comprovados, mas essencialmente juízos pessoais que tendem a evoluir ao longo do tempo) científicos, sociais e/ou tecnológicos, conscientes ou inconscientes, que determinam o trabalho de alguns cientistas, exercem uma influência fundamental na aplicação dos seus conhecimentos e capacidades técnicas (3).

Os pressupostos constituem um dos três, eixos (temáticos) que definem determinado conceito científico, conceptualizado em dado momento. Os outros eixos daquele conjunto são representados pelos *fenómenos* (eixo fenomático, representativo das observações e aspectos empíricos) e pela sua *análise* (eixo analítico).

A evolução natural de cada conceito científico tenderá a aumentar a unidade da ciência, em simultâneo com uma maior simplicidade de cada ideia, numa tendência constante para um espectro contínuo do conhecimento (1). Tendo em conta que a observação dos fenómenos e a sua análise é (nas mesmas condições e épocas) mais estável e credível que a influência exercida pelos pressupostos poderá entender-se que uma dada situação seja interpretada diferenciadamente por diversos investigadores, desde que o respectivo eixo temático seja distinto.

Finalmente, é de reconhecer que a Ciência (do passado, a de hoje, assim como, decerto, a do futuro) continua a ser o resultado da sobreposição de trabalhos individuais ou de grupo, realizados por investigadores que, ao longo de anos, décadas ou séculos contribuíram, directa ou indirectamente, para o esclarecimento de fenómenos desconhecidos, para o desenvolvimento dos saberes e para a sua utilização (2, 14).

O lugar da ciência na cultura

A ciência também foi o ponto de partida para novos modelos conceptuais e pensamentos em cada época, dos quais inquestionavelmente brotou o progresso e a racionalização das grandes conquistas da humanidade na era moderna (15).

Porém, aquele movimento tem sido, de tempos a tempos, “sacudido” por fracções oposicionistas, que não só põem em causa a utilidade potencial

da Ciência como às vezes a consideram um malefício social. Na verdade, aquela rejeição, já existia durante o Iluminismo, portanto nos primórdios da ciência racional; de modo recorrente chegou à actualidade, sendo na última década liderada por algumas academias e grupos mais afins às áreas sociais. Merece especial referência a revolta dos artesãos ingleses (que ficaram conhecidos por *ludditas*), na segunda década do século XIX, contra a mecanização dos teares e outras maquinarias, na crença de que provocariam o desemprego e, portanto, teriam efeitos negativos na vivência e expectativas pessoais e sociais (16).

As virtudes tradicionalmente associadas à actividade científica, tais como a procura da verdade e a compreensão do mundo através de uma dádiva desinteressada (sem que os cientistas obtenham benefícios pessoais), foram “demonizadas” por alguns sectores, com base em factos menos felizes ou incompreensíveis pela população em geral (17). Na realidade, há argumentos sobre às (más) consequências da utilização militar da energia nuclear sabendo-se que, no princípio, a sua descoberta era o “paradigma” da coerência e racionalização da estrutura dos átomos e dos seus componentes, e nunca a destruição da vida sobre a Terra (18).

Efectivamente, nem sempre as boas intenções conduzem aos resultados esperados. Ao fim de algumas décadas de vultuosos financiamentos para a investigação das ciências naturais – como sucedeu desde os anos cinquenta do século passado – há que reconhecer ter havido grandes progressos na medicina e alívio de muitas situações mortais ou extremamente limitativas da saúde e longevidade humanas (20). Todavia, a par com os resultados positivos, bastaram também algumas más-práticas ou consequências imprevistas para criar novos e graves problemas, às pessoas e à sociedade, além de serem a origem de pressões éticas de resolução controversa (18). Por exemplo, o debate a que se assiste, quase global, sobre a clonagem e a utilização de embriões humanos como fonte potencial de tecidos e de células estaminais, confirma o lado mais questionável, sombrio e pleno de equívocos do progresso científico, que alimenta os argumentos dos seus opositores (21-23).

Muitos outros exemplos podem ser acrescentados. Infelizmente, por muito ilógicos ou desfasados que sejam, têm “ateado a fogueira” e criado dúvidas (legítimas) sobre a validade dos investimentos que os governos têm conferido à investigação científica, esquecendo que quem está também do lado da política controla interesses económicos, militares e também a coerência de algumas descobertas, que vêm a ser uma óbvia causa (potencial ou real) da destruição da vida terrestre e da felicidade humana (13,19).

Nesse conjunto de inovações, na generalidade anunciadas como ponto de partida ou como soluções irrecusáveis para os mais diversos problemas que afectam a vida humana ou o equilíbrio social, vem à ideia a polémica suscitada

pelos produtos de origem transgénica (24). Não há ainda justificação científica que, concretamente, associe essa inovação tecnológica a qualquer distúrbio no metabolismo humano. Todavia, nada nos indica que, no futuro, não ocorram esses prejuízos, dando razão aos indivíduos, grupos e associações que hoje rejeitam os produtos transgénicos na alimentação humana.

Apesar dos exemplos referidos serem actuais, a controvérsia reflecte um equilíbrio dinâmico de opiniões entre as estruturas estabelecidas (isto é, o que existe e é conhecido) e a sua evolução (que põe em causa aquela estabilidade e sentimento de segurança, seja esta cultural, científica ou sócio-económica) (12).

Se, por outro lado, aceitarmos que aquele equilíbrio dinâmico tem, ao longo dos séculos e apesar dos movimentos oposicionistas e exemplos negativos, possibilitado a evolução para mais e melhor conhecimento, desenvolvimento e, portanto, para o progresso global, haverá que admitir que a história da Ciência em geral e a de cada facto em especial como que se constituem num fluir ininterrupto (com características próprias em cada época) a favor da inovação (15). Por tais motivos, o que hoje existe será somente uma fase desse fluxo evolutivo, embora a sequenciação da tendência seja imprevisível, quer nos conceitos prevalentes quer no período de tempo em que cada conceito se mantém dominante (2, 25).

Qualquer que seja o sentido e expressão do futuro desenvolvimento fica para trás um percurso cheio de elementos positivos e também desilusões, em particular nas partes que mais interessam à população em geral e a cada indivíduo por si. Todavia, essas desilusões (e descrédito) nalguns casos, em especial sobre a deficiência de benefícios efectivos de algumas tecnologias e/ou das repercussões socio-económicas a que dão origem (com destaque para a insuficiência das políticas de solidariedade social), ocorrem, por vezes, em países igualmente capazes de impulsionar grandes feitos espaciais e grandes descobertas tecnológicas. Resta a esperança de que a ciência seja um precioso contribuinte global, em benefício último da Humanidade, na busca das soluções indispensáveis que se impõem e vão ser requeridas cada vez mais angustiadamente (26).

A Ciência não pode constituir-se num mundo à parte, porque, naturalmente imbrica, através dos seus cultores e da sociedade em que decorre, em todas as restantes grandes linhas de força dessa sociedade, tais como a religião, a cultura, a filosofia do conhecimento e muitas outras expressões sociais (2).

Entendendo-se que a principal finalidade da “boa ciência” é a procura da verdade, a par da luta contra o subdesenvolvimento e o obscurantismo, não será difícil encontrar interacções, por ex., com os objectivos essenciais dos movimentos religiosos e sociais dominantes. Para tal, a ciência possibili-

taria a *revelação* da verdade por métodos que lhe são próprios, o que no fundo se aproxima bastante dos processos utilizados por aqueles movimentos. Nesta ordem de ideias não surpreende que, em particular desde o positivismo de Augusto Comte, tenha havido propostas para situar a ciência (dos factos) no centro das múltiplas actividades e conceitos sociais, do qual orientaria a conduta humana, da metafísica ao direito, em que incidiriam também actividades culturais, como a poesia e a arte (27).

Intuição e confirmações

Uma ideia diferente pode brotar em determinado momento na mente de um cientista sem outro fundamento concreto que não seja a sua intuição, eventualmente baseada em alguns pressupostos temáticos. O desenvolvimento dessa ideia poderá começar por ser ajustado ao que se pensava sobre o assunto em época remota, embora seja contextualizado no presente. Poderá suceder que a parte estética não esteja arredada daquele desenvolvimento científico, fazendo essa hipótese mais aceitável e, sobretudo mais agradável perante os contemporâneos.

Os primeiros estudos astronómicos de Copérnico, que tornou obsoletos os conceitos *ptolomaicos* sobre o Universo, foram construídos com base na estética das curvas orbitais. Com Galileu, os factos passaram a ser confirmados pela probabilidade de se verificarem repetidamente. Posteriormente, com Newton, pela aplicação da álgebra ao cálculo das probabilidades, começou a ser adquirida confiança nos resultados observados, em desfavor das características místicas ou divinas que, até então, os imbuíam e ou justificavam (15).

Porém, a precisão dos resultados, aceites confiadamente pelos pares e compreendidos com base em teorias sólidas, somente começou a ser prática corrente a partir dos finais dos séculos XIX (14). Actualmente, um resultado experimental é considerado verdadeiro se for reproduzido em idênticas circunstâncias por outros grupos de trabalho, em laboratórios independentes. A reprodutibilidade de resultados apoiados por métodos estatísticos fiáveis, a par com a opinião de grupos de arbitragem científica (*peer review*), passou a ser critérios essenciais para a aceitação de publicações em revistas científicas conceituadas.

Ainda que este procedimento, que conduz à aceitação ou rejeição de um trabalho, seja um procedimento, actualmente indiscutível na comunidade científica, tal não justifica que os revisores tenham razão absoluta nas suas apreciações. Isto é, os novos factos podem estar correctos e constituírem um passo progressivo indiscutível (a ser confirmado posteriormente) e, contudo, os contemporâneos não entenderem ou não anteciparem a justeza desses resultados (28).

Múltiplos exemplos ilustram a falência do sistema da aceitabilidade de novos caminhos em cada época. O menosprezo que recaiu durante anos sobre os primeiros trabalhos importantes de Einstein em física quântica, publicados há um século, somente anos mais tarde foi corrigido no sentido oposto, considerando-os uma obra de génio. Tal demonstra a confiança relativa que merece o juízo crítico dos peritos que condicionam a publicação dos trabalhos mais controversos (ou que não se incluem no pensamento e conceitos da época); além do bloqueio à sua credibilização e difusão, constituem um travão ao fluxo do progresso. Pelo exposto, poderá concluir-se que resultados aparentemente sólidos e indiscutíveis nem sempre são aceitáveis por *peer-review*, com fundamento em critérios fechados e ou preconceitos acessórios.

Desde que a estatística foi teorizada no (século XVIII), somente a partir de metade do século XX foram disponibilizados métodos que permitiram a sua aplicação a situações comuns ou mais complexas. Não surpreende assim que a confirmação estatística dos resultados não fosse de início suficientemente reconhecida em algumas apreciações externas, apesar de terem ocorrido profundas modificações nas décadas seguintes (29).

Por outro lado, factos científicos estranhos e ou inexplicáveis poderão ocorrer isoladamente, em situações ímpares e casuais. Nada deveria impedir a divulgação de observações com credibilidade atestada por um indivíduo ou grupo de trabalho, mas que, por não serem facilmente reproduzíveis, suscitam relutância na sua publicação quer pelo grupo de investigação ou pelo investigador que o verificou originalmente e, com maior justificação, pelos grupos de arbitragem científica. A primeira fotografia de um electrão obtida em 1973 no acelerador de partículas do CERN (Conseil Européen pour la Recherche Nucléaire) exemplifica aquele tipo de situações, cuja aceitabilidade foi sendo assumida à medida que grupos mais experimentados eram consultados, sem que alguém se achesse a publicar a observação; a sua divulgação pública veio a suceder finalmente num pequeno artigo, em que foi demonstrada a existência da “corrente neutra”, resumindo assim anos de trabalho (30).

Porém, o que se observa em determinado momento pode depender do modo como cada assunto ou cada facto são perspectivados, ou da predisposição do observador. É comum afirmar-se que o belo, assim como o feio, depende de quem os observa, dos seus conceitos de beleza ou, ainda, do momento (ou da paixão) em que a apreciação ocorre. Também a preparação individual, o treino do observador e os conhecimentos subjacentes tendem a influenciar os resultados apresentados.

O equilíbrio entre conhecimento e ignorância

A evolução científica pode, em dado momento, parecer contrária ou incorrecta relativamente aos padrões da comunidade contemporânea e, como

tal afigurar-se uma fraude ou um problema indesejável. Também tem sido sugerido que os cientistas, por si, e a Ciência no seu todo, não pretendem mais do que uma situação de poder, superior ao da Sociedade, e não propriamente a procura da verdade em benefício da Humanidade (19).

Todavia, como já foi referido atrás, nenhum daqueles movimentos contestatários pode ser considerado uma entidade. Quanto muito serão apoiados por alguma *média* e também, pelo agrupamento de opiniões diversificadas que tendem a convergir para uma posição comum. De acordo com algumas daquelas opiniões, a ciência moderna teria conduzido à sua própria extinção e, no caminho, também à do mundo natural, alegadamente por conduzir a resultados que estariam dissociados dos valores sociais. Obviamente seria desejável uma posição intermédia, em que o humanismo não estivesse arredado dos aspectos científicos nem houvesse uma luta pelo domínio relativo de cada parte, antes fosse possível uma complementaridade cultural em coexistência síncrona (31).

Admitindo como válida a afirmação de Oscar Wilde, que defendia ser o “*progresso a realização das utopias*”, esse progresso poderá acontecer sem contradizer as virtudes e os valores humanísticos. Como foi já referido neste texto, são incontáveis os avanços científicos e tecnológicos concretos que têm trazido bem-estar e melhor saúde ao homem, além de abrirem perspectivas ainda desconhecidas para outros campos, por ex., a exploração do espaço e a colonização humana de outros planetas. Por conseguinte, a principal origem das correntes que tendem a minorizar as ciências naturais, pela suas possíveis consequências negativas e desvalorização humanísticas, residirá mais na ignorância dos factos, no desconhecimento da sua natureza, na falta de informação em áreas científicas (p. ex., das ciências biológicas ou físicas) e/ou da incapacidade para a formulação e compreensão de uma perspectiva global.

Adicionalmente, à medida que o desenvolvimento de uma das partes (a das ciências naturais) aumenta em progressão geométrica, pelo menos duplicando em cada década, o das ciências humanísticas tem crescimento substancialmente mais lento. Seja por a complexidade das ciências “puras” ter aumentado, seja por qualquer outro motivo (em que não se poderá ignorar as crenças e as “ideias feitas” de que o mundo científico conduz a destinos indesejáveis), o número de alunos inscritos em domínios das ciências naturais tem diminuído, em diversos países mais evoluídos, ano após ano e mais acentuadamente na última década (32); essa variação não parece casual e terá decerto uma explicação plausível. Porém, se aquela tendência não for corrigida acentuará a carência em diplomados indispensáveis para o exercício de profissões fundamentadas na aprendizagem da matemática e das disciplinas experimentais.

Entretanto, é de acentuar que as ciências humanas e sociais também poderão beneficiar, directa ou indirectamente do progresso das ciências experimentais, utilizando destas os componentes inovadores que permitam novas conceptualizações artísticas, interpretações sociais e conceitos filosóficos sobre a Humanidade e a cada ser em particular (33). Naturalmente, que o inverso poderá também suceder, caldeando o pensamento científico ou aperfeiçoando-lhe as realizações.

Imaginação e perseverança

As ciências puras (ou fundamentais) e a arte, embora pareçam muito distintas entre si (pelos fundamentos, métodos e finalidades), possuem um poderoso elo comum: a imaginação e a persistência, por vezes apaixonada, com que os seus cultores procuram alcançar os objectivos que traçaram. Tal inter-relação parece confirmar Pitágoras quando, no século VI a.C., afirmava que “*a música assim como os fenómenos da Natureza são baseados em números inteiros*”.

A imaginação aplica-se tanto aos fenómenos científicos como às actividades humanísticas. Em qualquer dos casos são originadas ideias, a serem validadas pela experimentação ou pela demonstração. Adicionalmente, nas suas origens podem existir fundamentos temáticos ou analogias comuns, embora conducentes a uma grande diversidade de propostas e aplicações (34).

A imaginação baseia-se muito em analogias, de modo que a hipótese (ou a resolução) de um problema pode resultar de uma comparação com factos da maior simplicidade os quais são, na generalidade, também produtos de observação comum. É possível que essas analogias sejam objecto de especulação temática durante algum tempo, o suficiente para que o seu autor conclua sobre a sua veracidade ou, pelo contrário, rejeite a importância da comparação e da conclusão.

Pelo que se conhece da história da ciência, a durabilidade dos conceitos varia substancialmente, podendo afirmar-se que nenhum resiste, mais tarde ou mais cedo, à sua substituição por uma nova perspectiva, conforme sugeria Kuhn, através da substituição de um paradigma por outro (35).

A criatividade capaz de gerar factos constatáveis por observadores externos ao processo poderá criar instabilidade transitória enquanto não for aceitável como novo paradigma, o qual por sua vez vigorará até a sua *verdade* ser substituída por outro paradigma mais avançado, com idênticas características de durabilidade, e assim sucessivamente.

O período de tempo necessário para as mudanças de paradigma poderá ser condicionado por diversos factores, uns inesperados e outros surpreendentes. A reserva que Galileu manifestava em aceitar as teorias de Kepler

veio a verificar-se ser simplesmente uma desaprovação estética de Galileu pelas leis dos movimentos planetários, elaboradas por Kepler. No fundo, a polémica decorria entre a importância (sacralizada) do movimento circular defendido, por Galileu, e o conceito dos movimentos planetários em órbitas elipsóides, proposto por Kepler. O sentido intuitivo das ideias fazia parte, no século XVII e seguintes, do raciocínio científico e das teorias conceptualizadas, pelo que, se não fossem as leis defendidas por Kepler (apesar da oposição de Galileu), Newton não teria fundamentos teóricos para os conceitos que revolucionaram a Física nos séculos seguintes (15).

A criatividade assim como a imaginação são dons sem fronteiras mas são, também, indesejáveis para os que não gostam de mudanças na sua vida, na sua rotina de trabalho e no seu pensamento. No fundo, é o temor perante o desequilíbrio, a insegurança pelo que se desconhece, e, também, há que dizê-lo, pela utilização imponderada, leviana, precipitada e/ou suspeitosamente interessada das inovações tecnológicas (18).

No fundo, a questão que se põe é a do livre arbítrio entre o que se crê ser o “bem” ou o “mal”, com a diferença de que para muitos dos maus utilizadores do progresso científico e tecnológico, a sua escolha será baseada mais na ignorância do que no desrespeito pelo conhecimento dos seus benefícios e factos subjacentes. Será que se pode aceitar, como válido, que os agricultores que aplicam produtos químicos para cuidar das suas culturas o saibam fazer e foram esclarecidos de que aquelas substâncias são potencialmente geradoras de múltiplas consequências nefastas para os terrenos, para os depósitos aquíferos e para a saúde humana? Todavia, são aqueles produtos químicos, quando utilizados correctamente, que justificam a actual superabundância de produtos agrícolas e têm contribuído para minorar as insuficiências alimentares globais, denunciada angustiosamente por Josué de Castro nos anos 60 do século passado (36).

Por conseguinte, o problema fundamental da criatividade e da inovação não está nas ideias em si mas na sua passagem para a acção. É um facto que os valores actualmente em debate são muito mais complexos do que no passado. A descoberta, em épocas remotas, de que o fogo brotava da fricção de dois paus de madeira não fez de cada homínideu um incendiário. A par dessa descoberta surgiu também a ponderação sobre os seus benefícios e riscos. Todos os avanços da Humanidade estiveram, afinal, associados a situações equivalentes em que, na generalidade, o que se evidenciava perigoso era rejeitado, embora não pudesse impedir que um só indivíduo, conhecedor das suas aplicações malélicas, não fizesse perigar, num determinado momento e em circunstâncias eventualmente delimitadas, a vida dos seus contemporâneos. O problema não está no cientista que apresenta em primeiro lugar um facto que terá passado despercebido a todos os outros (quem não se lembra

da história da maçã que caiu na cabeça de Newton, de que teria resultado o conceito da gravidade sobre os corpos?), mas naqueles que põem em causa os princípios e valores éticos e não ignoram que a sua utilização seja potencialmente maléfica. Também não ilibam os que, por interesse económico, político ou razões inumanas, não hesitam em criar situações lesivas para o homem e/ou para a biosfera (13).

O maior e melhor conhecimento sobre o homem e sobre o meio em que vive resulta da sua criatividade, desde os primórdios da Humanidade, quando a Ciência ainda não tinha essa designação. Todavia, o maior e melhor conhecimento actual, pela especialização a que conduziu no sentido da por menorização do infinitamente pequeno e da perspectiva oposta do infinitamente grande, criou novos desafios aos seus criadores. Designadamente, o desconhecimento sobre a complexidade do trabalho do “colega do lado” tende a criar riscos de incomunicabilidade e de incompreensão entre as cúpulas responsáveis pelo progresso da Ciência (2). Como exemplo, cite-se a concepção da mecânica quântica em que, para os físicos, uma cadeira não será mais do que um espaço sub-atómico, cuja realidade material se transformou num “não-espaço” multidimensional, no qual se movem outros “nadas” (37).

Consequentemente, há justificação suficiente para antecipar a complexidade e os problemas gerados pelos futuros desenvolvimentos científicos e tecnológicos e sobre as múltiplas facetas filosóficas, sociais e humanísticas em que obviamente se repercutirão. A perda da capacidade de síntese e de perspectiva global por parte da generalidade dos cientistas contemporâneos, subsequente à evolução progressiva do conhecimento, constitui um risco não despidendo a evitar, na perspectiva de que a meta final da ciência seja a da unidade e não a da dispersão.

Bibliografia geral

- 1 – Moss H – Unity of knowledge, circa 2000. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2001; 935:1-11
- 2 – Caração J – “O que é Ciência”. Lisboa; Difusão Cultural, 1997.
- 3 – Holton G – “A Cultura Científica e os seus Inimigos. O Legado de Einstein”. Lisboa: Gradiva Publicações Lda, 1996.
- 4 – Snow CP – “The Two Cultures”, Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
- 5 – Wilson ED – How to unify knowledge. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2001; 935:1-9.
- 6 – Shweder RA – A polytheistic conception of the sciences and the virtues of deep variety. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2001; 935:217-232.
- 7 – Wurtman RJ – Genes, stress, and depression. *Metab. Clin. Exp.* 2005; 54 (supl. 1):16-19.

- 8 – Freedman R – Long-term effects of early genetic influences on behaviour. *N. Engl. J. Med.* 2002; 347:213-215.
- 9 – McEwen BS, Steeman T – Protective and damaging effect of mediators of stress: elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1999; 896:30-47.
- 10 – Losee J – “A Historical Introduction to the Philosophy of Science”, Oxford: Oxford University Press, 1980.
- 11 – Committee on the Conduct of Science – National Academy of Science – On Being a Scientist, National Academy Press, Washington DC, 1989.
- 12 – Danchin E, Giraldeau LA, Valone TJ, Wagner RH – Public information: form noisy neighbors to cultural evolution. *Science* 2004; 305:487-491.
- 13 – Salomon JJ – A ciência na arena política. *Boletim CTS* 1988; nº 5:4-13.
- 14 – Butterfield H – “As Origens da Ciência Moderna”, Lisboa: Edições 70, 1991.
- 15 – Barzun J. – “From Dawn to Decadence: 500 years of Cultural Triumph Defeat. 1500 to Present”, New York: HarperCollins Publ. Inc., 2000.
- 16 – Shotwell TK – The fragility of scientific revolution (editorial). *Biotechn. Appl. Biochem.* 1995; 21:249-256.
- 17 – Mello MM, Brennan TA – Due process in investigation of research misconduct. *N. Engl. J. Med.* 2003; 249:1280-1286.
- 18 – Bucchi M, Neresini F – Why are people hostile to biotechnologies? *Science* 2004; 304: 1749.
- 19 – Maddox J – Defending science against anti-science. *Nature* 1994; 368:185.
- 20 – van Ommen GJB, Bakker E, den Dunnen JT – The human genome project and the future of diagnostics, treatment, and prevention. *Lancet* 1999; 354 (supl. 1): 5-10.
- 21 – Daley GQ – Cloning and stem cells – Handicapping the political and scientific debates. *N. Engl. J. Med.* 2003; 349:211-212.
- 22 – Körbling M, Estrov Z – Adult stem cells for tissue repair – a new therapeutic concept? *N. Engl. J. Med.* 2003; 349:570-582.
- 23 – Clayton EW – Ethical, legal and social implications of genomic medicine. *N. Engl. J. Med.* 2003; 349:562-569.
- 24 – Mann CC, Plummer ML – Forest biotech edges out of the lab. *Science* 2002; 295:1626-1629.
- 25 – Gould SJ – Deconstructing the “science wars” by reconstructing an old mold. In: “Science Pathways of Discovery”, Ivan Amato (ed.), New York: John Wileys Inc: 2002.
- 26 – Maddox J – The unexpected science to come. *Sci. American.* 1999; 281:30-35.
- 27 – von Mises R – “Positivism: a Study in Human Understanding”, Cambridge: Harvard Assoc. Press, 1951.
- 28 – Formosinho SJ – O valor da heterodoxia científica e a necessidade da sua comunicação. *Boletim CTS* 1993; nº 10:24-30.
- 29 – Bright Wilson Jr E – “An Introduction to Scientific Research”, New York: Mc Graw Hill, 1952.
- 30 – Galison P – “How Experiments End”, Chicago: Chicago University Press, 1987, pp 183, 193-194.

- 31 – Berlin J – “A Busca do Ideal”, Lisboa: Editorial Bizâncio 1998; pp. 63-104
- 32 – Furedi F – Downsizing the status of science. *The Scientist* 2004; November 8:10.
- 33 – Changeux JP – “Raison et Plaisir”, Paris: Edition Odile Jacobes, 1994.
- 34 – Garfield E – Creativity and science. Part 1: What makes a person creative? Part 2: The process of scientific discovery. *Current Contents* 1989; nº 43:3-7; nº 45:3-9.
- 35 – Kuhn TS – “The Structure of Scientific Revolutions”, Chicago: Chicago University Press, 1962.
- 36 – Castro J – “Geopolítica da Fome”. (6^a ed.), São Paulo: Ed. Brasiliense, 1961.
- 37 – Burt EA – “The Metaphysical Foundation of Modern Physical Science”, New York: Atlantic Press, 1995.

II – O ENSINO MÉDICO EM PORTUGAL
ASPECTOS HISTÓRICOS

A Perspectiva da Dimensão*

É admissível que a preocupação com a saúde e com a doença, com a vida e com a morte tenha surgido na pré-história, com a identificação do homem consigo próprio e, desde então à actualidade, permaneça como um dos traços mais evidentes do comportamento humano.

Nas escavações da biblioteca de Assurbanípal foram descobertas algumas pequenas tábuas de barro cozido referidas ao século XXVIII a.C., nas quais, sob a forma de um poema dirigido a Gilgamesh (que terá sido uma personagem importante, eventualmente o rei da cidade de Ur), é patente a angústia pela condição humana, pela influência das forças da Natureza no destino do homem e pelo mistério da vida. Entretanto, outros documentos contemporâneos da invenção da escrita, no terceiro milénio antes da nova era, referem indícios de que a medicina mesopotâmica já existia há 9.000 anos.

A medida que a sociedade foi evoluindo do totemismo para o animismo e, de seguida, para o politeísmo, o homem foi aprendendo a arte de tratar e, depois, a ser tratado pelos que passaram a incorporar a dupla função de médico e sacerdote. A Medicina no tempo dos primeiros grandes reinos da Mesopotâmia era prerrogativa dos sacerdotes, responsáveis perante os deuses. No código de Hamurabi, redigido cerca de 2.000 anos a.C., são já definidas normas de responsabilidade civil e criminal que se sujeitavam os cirurgiões (que eram leigos) perante o Estado, em situações de negligência ou incompetência profissional. Daqui se infere que o papel de *sujeito* de medicina, que começara por ser a Natureza (e depois os espíritos e os deuses), foi transposto para o médico, agora responsável pelos seus actos (a *missão*) perante uma lei que, explicitamente, reconhece a existência de uma profissão. A par com esta evolução de responsabilidades na arte de curar, também se alterou o *objecto* dessa atenção: do homem (como objecto inicial da medicina totemismo-animista) passa-se para o corpo humano (na sociedade politeísta) para se fixar, desde os tempos do antigo Egipto (e até à actualidade), na doença humana.

* A – In: “O Ensino Médico em Lisboa no Início do Século 1911-1999”. M. Valente Alves (ed) Fundação Calouste Gulbenkian, 1999; pp. 25-29.

Nos papiros descobertos em Luxor, referentes a cerca de 1.550 a.C., é notável o conjunto de conhecimentos já existentes na época sobre procedimentos de observação clínica e a descrição de numerosas doenças e tratamentos, alguns dos quais atribuíveis a Asclepius (Esculápio). Sensivelmente na mesma época, em diversas outras regiões do Orient são referidas conceitos e práticas médicas de desenvolvimento equivalente, registadas no texto Nei Ching chinês, no Talmude hebraico, no Vendidal persa e nos livros do Veda hindu. No seu conjunto é digna de realce a atenção dada à preservação da saúde pessoal e comunitária através de normas rigorosas de higiene e prevenção das doenças contagiosas, além de um conjunto muito variado de terapêuticas médicas e cirúrgicas.

Todavia, deve-se à civilização helénica o impulso decisivo que modificou os conceitos e a prática da medicina na época, transformando-a numa arte e numa ciência cujo desenvolvimento decorria a par da filosofia. No século V a.C., a Medicina adquiriu estatuto profissional, sendo fundadas as primeiras escolas médicas com avaliação formal do desempenho de estudantes, precedendo a licença para exercício da clínica. A escola médica greco-italiana fundada por Pitágoras em Crotona, na Itália Meridional, tornou-se famosa no seu tempo, não só pelos conhecimentos científicos aí desenvolvidos mas também pelas normas ético-profissionais a que se obrigavam os estudantes. Outras escolas médicas foram sendo fundadas na bacia mediterrânica, das quais a mais conhecida foi a da ilha de Cós, onde pontificou Hipócrates. Os aforismos atribuídos a Hipócrates tornaram-se normas culturais e conselhos úteis, seguidos de geração em geração até meados do século XIII da nossa era. Uma versão actualizada do juramento de Hipócrates continua a ser proclamada em cerimónias públicas por todos os finalistas de medicina, antecedendo o seu ingresso na profissão, como vem sucedendo anualmente na nossa Faculdade. Hipócrates, que era um pragmático, baseava a sua acção na observação cuidadosa e no acompanhamento dos doentes, estabeleceu as normas de diagnóstico clínico (que ainda hoje fundamentam a prática médica) e definiu tratamentos adequados a cada situação.

O raciocínio dedutivo pela observação de factos clínicos, iniciado por Hipócrates (460-377 a.C.), subsequentemente apoiado pela lógica de Aristóteles (384-322 a.C.), tornou-se, cerca de 2.000 anos depois, o núcleo dos princípios estabelecidos por Descartes (1596-1650), que perduram e estão subjacentes ao paradigma cartesiano da medicina contemporânea.

Esta perspectiva – baseada na evidência dos factos, na redução analítica das situações complexas em constituintes sucessivamente mais simples (para uma melhor compreensão de todos e do conjunto), na relação causa-efeito entre acontecimentos ou fenómenos, e na exaustividade da observação – continua a ser determinante para a prática médica contemporânea, e, com particular relevância, na designada *medicina da evidência*.

Contemporâneo de Hipócrates, Sócrates não partilhava com aquele as mesmas convicções sobre a natureza do homem. Para Sócrates, o homem era não só o principal responsável por si próprio como também um ser complexo com interiorizações que se reflectiam no comportamento e na acção, sem causa aparente. Estes conceitos seriam, nos princípios do século XX, reconhecidos pela psicanálise e, num outro aspecto, estão subjacentes a uma perspectiva renovada sobre a indivisibilidade do corpo e do espírito, – portanto antagónica à dissociação analítica iniciada por Descartes – pela qual se poderá afirmar que “cada homem é mais do que a soma de todas as suas partes”.

No presente existem ainda dificuldades na coexistência entre a *medicina cartesiana* (e a da evidência), em que se tem fundamentado a generalidade do ensino médico e da prática clínica, e o *paradigma sistémico*. Esta posição considera não só os factos de observação mas igualmente a componente humana global, que integra o conjunto em que se incluem também partes que podem não ser mensuráveis, não terem ordem possível nem causa aparente. Entretanto a interpretação do mundo inerte da física evoluiu, a partir do século XVI, do modelo mecanicista de Descartes e Newton para a aceitação do sistema probabilístico-evolucionista concebido por Carnot e Darwin, nos séculos XVIII e XIX. A progressão por “flutuações” de energia ou de expressão, a incerteza, a relatividade, o que não é afirmativo nem negativo mas existe, tornaram-se preocupações comuns a observadores progressivamente mais atentos à realidade que os rodeia.

A medida que as leis físicas e outras conclusões definidas para os sistemas fechados foram aplicadas na análise dos sistemas abertos, constatou-se que o aumento definido pela segunda lei da termodinâmica tendia para o zero ou inclusivamente, tornava-se negativa. A compreensão plena destes resultados, inicialmente inaceitáveis por contrariarem um dogma predominante, conduziu à conclusão de que os seres vivos não cumprem na íntegra as leis rígidas evidenciadas pela matéria inerte. A diminuição da entropia nos fenómenos subjacentes a qualquer sistema vivo (uma célula ou um metazoário complexo) é uma exigência para que a célula ou os organismos se mantenham funcionais, organizados, vivos e cresçam naturalmente, à custa do meio. Na mesma perspectiva foi progressivamente entendida a inconveniência do equilíbrio nos meios biológicos. No ser vivo, equilíbrio significa morte, enquanto desequilíbrio é interacção, fluxo da matéria e energia, transmissão da informação (física e química) que lhe assegura a homeostasia perante as agressões do meio, como Claude Bernard em 1865, e Canon, no começo dos anos 30 deste século, tão bem sublinharam.

Progressivamente, a cultura científica esboçada a partir do século XVI ganhou rigor e também abertura a novas ideias, culminando no desenvolvimento espantoso que caracterizou as últimas décadas do século passado. Neste contexto não surpreende que a biologia e a medicina tenham evoluído

da rigidez cartesiana da causa-efeito para posições flexíveis que prevêm excepções aos dogmas e, por isso, privilegiam o sistema, o modelo e o processo que as inclui.

A distância artificiosa entre a arte e as ciências humanas por um lado, e as ciências exactas, por outro, que C.P. Snow caracterizou em 1959 como *as duas culturas*, veio agora juntar-se uma perspectiva mais abrangente, designada pela *terceira cultura*, a qual representa, afinal, a aproximação daquelas posições extremadas num plano de convergência. Mais do que posições hegemónicas de um domínio sobre o outro, mais do que conseguir uma ciência unificada, propõem-se interacções, interfaces temáticas e conceptuais, contactos nem estanques nem irreduzíveis, abertura conceptual para novos relacionamentos científicos, no caminho para a *unidade do conhecimento*, que não exclui as particularidades conjunturais, mas também não exclui o que não se vê mas de facto existe.

A unidade de conhecimento que E.O. Wilson recentemente designou como *consiliência*, é a perspectiva que se assume correcta no fim do século XX e para o próximo milénio, com implicações naturais no ensino da medicina a futuros clínicos.

A formação médica dos alunos que estão a terminar o curso requer padrões conceptuais e estratégias que foram consideradas excelentes ou, pelo menos, eram as possíveis e as mais adequadas em determinados períodos, definidos pelos anos em que ocorria cada reforma curricular. Tomando em consideração a evolução acelerada dos conhecimentos e conceitos nas últimas três décadas deste século, somos forçados a concluir que todo um valiosíssimo e notável conjunto de ideias e desenvolvimentos alcançados nos três séculos anteriores mais parecem confinar-se à pré-história.

Por sua vez, as novas técnicas de comunicação mediáticas desenvolvidas na última década, geradoras de ilusões personalizadas no relacionamento, na globalização de todos os conhecimentos e de todas as interacções, da substituição da civilização impressa iniciada por Guttenberg pela ágora virtual em que se equilibram virtualidades e também inoportunidades, requerem elevado sentido crítico e bom senso. São já, e serão ainda mais, pilares incontornáveis da sociedade do futuro, em que os vectores do universo tecnológico e social estarão indissociados da informática, da comutação e da comunicação. Esta nova sociedade da aprendizagem e do saber em rede requer uma linguagem nova que, não sendo adquirida, criará novos analfabetismos naquele redimensionamento cultural e social.

Nas Faculdades de Medicina os estudantes e os professores estão a ponderar as vantagens e desvantagens das novas tecnologias da comunicação, em que o ensino também começa a ser substituído pela aprendizagem tutelada e em que se treina de facto a capacidade para a auto-aprendizagem, indispensável ao desenvolvimento educacional permanente.

Pressionada pela evolução socio-económica e pelos novos comportamentos individuais, a Medicina do futuro terá de adaptar-se à rapidez da mudança, à imprevisibilidade, às múltiplas solicitações de um homem cada vez mais isolado e, por isso, também desamparado, que precisa de quem o oiça e lhe cure as maleitas. No fundo antevê-se que o médico do futuro, após um desgaste inusitado da imagem e nas convicções que representa, venha a reassumir as origens da profissão, aliando capacidades de intervenção científica e rigor tecnológico com capacidades da comunicação compassiva e solidária com o semelhante que dele requer cuidados de saúde.

A Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa baseia a força e inspiração próximas na geração impulsionadora do seu presente, que a criou em 1911, e também nas raízes firmadas em 1825 e depois robustecidas pela junção da cirurgia à medicina em 1836. A renovação curricular em curso baseia os seus conceitos reformadores nas capacidades que detém e na perspectiva do que antevê. O modelo de formação do novo médico, em desenvolvimento na Faculdade de Medicina de Lisboa, visa configurar o *clínico pluripotencial*, em que a competência técnica esteja impregnada de humanidade, de sentido ético e de senso comum.

A formação dos médicos com *sensu comum*, ao encontro das tradições médicas cultivadas na Antiguidade e exponenciadas por Hipócrates, será um efectivo desafio a não rejeitar como parte da missão das Faculdades de Medicina nacionais.

Edimburgo 1993: Reavaliar Esperanças e Realidades de 1988*

A Conferência Mundial de 1988, que decorreu na cidade escocesa de Edimburgo, é um marco na história da educação médica contemporânea. Em editorial recente da revista *Medical Education*, é concedido grande e justificado relevo às recomendações de Edimburgo, comparadas ao que a Declaração de Alma Ata representa para a área dos cuidados de saúde.

As intenções expressas em Edimburgo constituíram um trabalho de grande alcance pedagógico, científico e político. Foram, simultaneamente, a origem de novas perspectivas, de vectores com repercussão em processos de renovação curricular, estimularam modificações das metodologias de ensino (pré-graduado, pós-graduado e continuado) e geraram oportunidades inéditas de interacção em que participaram altos responsáveis governamentais das áreas da Educação e Saúde. Neste particular, a “Iniciativa de Lisboa” é referida como exemplo duma quase revolução de atitudes e decisões desencadeadas a nível superior, que estariam a influenciar positivamente a formação médica e o exercício profissional da medicina em diversos países.

A segunda Conferência Mundial vai ter lugar em Agosto próximo, novamente em Edimburgo. Não foi decerto por acaso que o seu presidente, Professor H.J. Walton, e restantes dirigentes da Federação Mundial de Educação Médica, escolheram o mesmo local, os mesmos dias e mês, exactamente cinco anos depois da primeira reunião. É uma coincidência carregada de simbolismo, como que um regresso a casa para uma pausa de reflexão entre pares que partilham ideias e projectos comuns, com o propósito de conferir progressos e dissecar os insucessos vividos nestes cinco anos.

O principal objectivo expresso pelos organizadores da segunda Conferência Mundial, consiste, efectivamente, em avaliar o impacto da Declaração de Edimburgo: *“In doing so, it will focus on the effect exerted by the changing roles and responsibilities of the medical profession on medical education. Improvement of medical education is a crucial pre-condition for improving health care”*.

* NE – In: Boletim da SPEM 1993; II Série, III (2): 1-3.

Os organizadores estão conscientes de que o êxito da aplicação das recomendações de Edimburgo depende de inúmeras variáveis, que ultrapassam vontades e competências dos docentes e clínicos: *“Health has become a major political issue... The challenge is uniform worldwide, but with important region-scientific differences... The medical profession, and hence the delivery of health care is profoundly affected by political forces... The medical education system and the health care system are often out of step. This dislocation undermines health care in many countries”*.

Será interessante – e muito oportuno – analisar os efeitos que as recomendações de Edimburgo eventualmente induziram no sistema de formação médica nacional. Algumas dessas ações estariam teoricamente ao alcance das faculdades de medicina, enquanto outras requereriam medidas de âmbito mais lato. Numa análise prévia, mas decerto não afastada da realidade, poucas alterações ocorreram neste lustre até 1993. Mais parece, em alguns dos princípios, que Edimburgo/1988 nunca existiu.

A educação médica, com reflexos na qualidade da prática clínica, já não é uma questão circunscrita ao nosso espaço geográfico. Os estudantes de medicina das faculdades nacionais têm a possibilidade de realizar parte dos seus estudos noutro país, e vice-versa, quer pelo programa ERASMUS ou equivalente. Do mesmo modo, os médicos portugueses podem exercer clínica em países da Comunidade Europeia, sendo o contrário igualmente verdade. Apenas se exige, a uns e outros, equivalências de currículo e ou competências reconhecidamente idênticas. Em qualquer dos casos, registam-se grandes discrepâncias e muitas incertezas. Alguns destes aspectos são abordados neste número do Boletim, a propósito da “Formação Médica no Contexto Europeu”.

A orientação conferida pela Declaração de Edimburgo em 1988 deveria ser assumida, sem equívocos ou delongas, como um ponto de partida comum aos diversos sistemas de formação médica, para que a convergência de objectivos e capacidades seja uma realidade próxima.

Neste aspecto, as Faculdades de Medicina Portuguesas terão um longo e árduo caminho a trilhar. As forças políticas influentes na Educação e Saúde saberão decerto compreender que o momento é para andar depressa e bem, confiando e apoiando os que conhecem e têm responsabilidades na educação médica e no exercício da medicina nacionais.

Assim seja

Melhor Formação Médica para Melhor Assistência Médica*

É um lugar-comum o dizer-se que o sistema actual de formação médica não satisfaz. Também não surpreende que essas deficiências sejam, há muito, detectadas por todos os participantes no processo – docentes, alunos, instituições educacionais e profissionais da área médica. Mais cedo ou mais tarde, as lacunas e insuficiências da preparação médica vêm a reflectir-se na prática clínica, com consequências imprevisíveis mas, decerto, sempre negativas para os doentes e para os médicos. Este tipo de problemas esteve na origem do 2^o Congresso Mundial sobre Educação Médica, que decorreu na cidade escocesa de Edimburgo, em Agosto último.

Na realidade, a Formação Médica debate-se com três questões concretas, que requerem solução urgente, e que são:

- Aumento demográfico imparável de uma população com longevidade crescente e, portanto, mais dependente de cuidados de saúde;
- Crescimento geométrico do conhecimento científico, e avanço tecnológico progressivamente mais sofisticado e dispendioso;
- Modificações inevitáveis da profissão médica, em parte devido às mudanças do perfil dos que a escolheram como forma de vida e, por outro lado, resultante de uma população com necessidades acrescidas em cuidados de saúde e com maior capacidade de intervenção social.

Embora todas as questões estejam estreitamente interligadas, alguns dos condicionalismos apontados ultrapassam por completo as responsabilidades directivas do sistema da Formação Médica. Por exemplo o aumento da população, progressivamente mais envelhecida e mais afectada por doenças crónicas, recai no âmbito da solidariedade social, e portanto, das obrigações naturais do Estado. Paradoxalmente, porém, foram os progressos da Medicina e a dedicação profissional dos seus agentes que estiveram na origem da explosão demográfica mais recente e das maiores exigências em cuidados de

* NE – In: Boletim da SPEM 1993; II Série 3 (3): 1-3.

saúde daí resultantes. A evolução será sempre esta, a menos que a Medicina não progrida (a nível da formação médica, da investigação científica aplicada e do desenvolvimento tecnológico), ou suceda uma hecatombe.

Por seu lado, a melhoria do sistema de formação médica, assim como o aumento dos conhecimentos científicos e dos recursos tecnológicos, estão indissociavelmente ligados ao empenhamento e à qualidade das soluções políticas protagonizadas. Não haverá jamais formação médica de qualidade enquanto os docentes continuarem a exercer funções em acumulação para disporem de vencimentos condignos. O conhecimento científico e os recursos tecnológicos continuarão a ser maioritariamente importados enquanto os (seus) potenciais investigadores e «construtores» locais não dispuserem de condições de produção, pessoais e institucionais. Embora noutro contexto, não deixam de fazer sentido, aqui, as recomendações de Maquiavel ao seu Príncipe, a propósito das “*(forças) mercenárias e auxiliares (que) não valem nada e são muito perigosas (na defesa do país)... pois que são desunidas, ambiciosas, indisciplinadas e desleais*”.

As condições presentes trazem-nos a recente tentativa de implantar um novo programa de currículo médico em Portugal. Os antecedentes são conhecidos e foram já revistos em número anterior deste Boletim. As razões para um novo sistema curricular são plausíveis nem que seja por se inserirem entre as preocupações conjunturais enunciadas no princípio deste editorial. O objectivo essencial que justifica uma reforma do currículo médico deverá ser apenas, e exclusivamente, uma “*Melhor Formação Médica para uma Melhor Assistência Médica*”.

Porém, a reforma do programa curricular de qualquer Faculdade de Medicina é um mecanismo complexo e cheio de escolhos. O Professor Harden, uma das mais destacadas individualidades no relançamento da Educação Médica como uma ciência com ditames precisos, a desempenhar por intervenientes capacitados, escreveu há alguns anos que “*é mais fácil mudar um cemitério, do que alterar um currículo de medicina*”.

A analogia parecerá exagerada apenas para quem nunca interveio numa alteração curricular ou está menos atento aos acontecimentos. Acima de tudo há uma realidade paradoxal a ultrapassar, e que consiste na indução de um processo que se pretende inovador num meio naturalmente conservador. Não surpreenderá que as irrupções que se verificam de tempos a tempos, representadas por tentativas de reforma curricular, suscitem naturais reflexos de cepticismo. Efectivamente, nas reformas curriculares como que persiste a convicção de que as instituições e responsáveis procuram aderir à ideia de ser “*preciso mudar alguma coisa para manter a essência*”.

As dúvidas anteriores têm perfeito cabimento quando se sabe que as reformas curriculares eficazes não dependem de (novas) designações e arranjos (horários) das disciplinas ao longo dos anos do curso mas, essencialmen-

te, da filosofia do processo pedagógico e dos docentes que nele intervêm. No actual processo de reforma curricular em curso nas Faculdades de Medicina nacionais, nenhum daqueles condicionalismos está a ser considerado como factor indissociável do êxito pretendido. Em seu lugar, perfila-se uma grande urgência em dismantelar o Internato Geral e em começar a Especialização pós-graduada dois anos mais cedo, sem que isso signifique o acautelar de três factores fundamentais:

- Reinvestimento significativo na capacidade educacional e de investigação das Faculdades de Medicina, por via das verbas que serão poupadas com a extinção do Internato Geral;
- Avaliação da eficácia do novo plano curricular no que se refere à capacidade dos novos licenciados em intervirem nos cuidados primários (junto da população hospitalizada, em ambulatório e no domicílio), e da actualização profissional subsequente em áreas opcionais indispensáveis;
- Reavaliação do estatuto, condições de trabalho e remuneração dos docentes contratados pelas Faculdades de Medicina.

Que se saiba, em público ou em grupos mais restritos do Poder, nenhuma daquelas premissas, fulcrais para que a reforma curricular do curso de medicina atinja os objectivos que se desejariam, está contemplada ou em vias disso.

Descartes afirmou que a *“dúvida é o começo da sabedoria”*. Embora filosoficamente possa sentir-me encantado pelo elevado conceito em que possa ser tido o meu cepticismo, preferiria ter certezas sobre o bom caminho da presente reforma do currículo médico. Seria um sinal de que a Assistência Médica melhoraria decerto, em consequência de urna Formação Médica realizada com eficiência.

A solução parece simples e depende quase só da lógica em juntar o pensamento aos meios para se atingir os fins que todos, afinal, desejamos.

Desencontro de Estratégias. Até Quando?*

Três situações complementares preocupam sobremaneira os responsáveis e intervenientes directos na formação médica nacional. Por ordem crescente de diferenciação, distinguem-se: *primeiro*, os critérios de selecção dos alunos que serão os médicos de amanhã; *segundo*, a reforma do programa curricular da pré-graduação; *finalmente*, a extensão, tipos e integração da formação pós-graduada no “continuum” que deverá ser a educação médica.

Das questões enunciadas, somente a segunda estará (quase na totalidade) dependente do que as Faculdades de Medicina quiserem e as comissões de revisão curricular forem capazes de construir. Parece ser, portanto, um assunto interno ou, pelo menos, poder-se-á admitir como tal. Em contraste, quer o sistema de acesso quer a formação pós-graduada, por um motivo ou por outro, são assuntos em que as Faculdades de Medicina não têm, no presente – e infelizmente – qualquer capacidade de intervenção.

Os assuntos referidos justificam algumas reflexões.

Seleção de alunos – Será do conhecimento comum que o ingresso em medicina depende das classificações académicas obtidas num conjunto de provas realizadas nos últimos anos do ensino secundário e no ano da candidatura. Destas últimas, umas são inespecíficas (provas de aferição) e outras funcionam (pretensamente) como provas específicas. Qualquer destes tipos de prova tem âmbito nacional, apenas variando o número de candidatos que as realiza: enquanto as de aferição são comuns à quase centena de milhares de candidatos ao ensino superior, as “específicas” abrangem um leque de candidaturas consideradas afins. Para Medicina, a Biologia e a Química são áreas afins, tal como o são para todos os candidatos que pretendem matricular-se num conjunto de outras licenciaturas de todo desvinculadas do ramo da Saúde.

Assim, o único critério que actualmente conta entre nós é o somatório das classificações obtidas pelos candidatos que, por motivações diversas, se julgaram capazes de serem médicos um dia.

* NE – In: Boletim da SPEM 1994; II Série, 4 (1): 1-3.

Naturalmente que aquela situação colide com as recomendações expressas, repetidamente, pelas diversas organizações de ensino médico, nacionais e internacionais. Por uma razão fundamental: as Faculdades de Medicina devem ter a possibilidade de escolher e preparar profissionais para uma *actividade de risco*, isto é, em que no reverso da capacidade para conservar ou recuperar a saúde de quem sofre, existe sempre a incapacidade ou a morte.

A nenhuma outra profissão é exigida tanta responsabilidade perante a saúde, a doença, a vida e a morte e, por isso, tão volumoso conjunto de conhecimentos e de capacidades aplicadas. Ignorar estes princípios abre caminho à incompetência profissional, ao exercício da incapacidade afectiva e à perversão dos valores fundamentais em que se pauta a solidariedade humana e social.

Esquecer (por desconhecimento, mediocridade de pensamento ou deliberadamente) a opinião das Faculdades de Medicina no que se refere à escolha dos alunos que a elas se candidatam, ano após ano, é, por consequência, um mau serviço que se está a prestar ao ensino da Medicina e, por inerência, a todos os que precisam de cuidados de saúde. Todavia, não se antevê qualquer solução para o problema enquanto a liderança for interpretada como sinónimo de imposição e não como um acto de gestão.

Formação pós-graduada – Por seu lado, a formação pós-graduada vem sendo linearmente assumida como responsabilidade plena da tutela da Saúde. A estratégia definida (Dec. Lei nº 118/92) baseia a formação pós-graduada na direcção dos internatos médicos, a instituir em todos os Estabelecimentos de Saúde públicos e privados reconhecidamente idóneos, de acordo com as suas capacidades formativas. Porém, em todo o articulado (extenso e pormenorizado) não existe qualquer referência às Faculdades de Medicina, a Hospitais “de ensino” (para não se cair no erro de lhes chamar Universitários ou Escolares) ou, sequer, às múltiplas definições legais que particularizam (infelizmente, como figura de retórica) a articulação entre as Faculdades de Medicina e as diversas Instituições Hospitalares.

Todavia, e mais uma vez, a legislação publicada separa o que é inseparável (a Formação Médica, como um todo), desmultiplica capacidades formativas em todos os recantos que figuram nos organigramas ministeriais, e ignora que a interdisciplinaridade do conhecimento médico é a chave do sucesso da assistência médica de primeiro plano em vigor nas sociedades de referência. Também aqui se admitiria válida (senão indispensável) a contribuição de profissionais do ensino médico, isto é, dos docentes das Faculdades de Medicina.

Eventualmente, seria defensável que a pós-graduação decorresse somente em determinado tipo de Instituições Hospitalares, as que possuem experiência e vocação para o ensino, e que seriam as únicas com idoneidade para desenvolver ou coordenar actividades formativas.

Porém, nada disso sucede. Avaliações e recomendações propostas por especialistas médicos com responsabilidades formativas, ou fundamentadas nas experiências vividas em instituições nacionais e internacionais de qualidade incontestada, que culminaram em concretizações modelares do binómio “*melhor formação = melhor assistência médica*”, continuam a ser ignoradas (ou marginalizadas) nas disposições, portarias e leis que, em sequência acelerada, vêm sendo publicadas. Talvez por isso, o irrealismo, unilateralidade ou singeleza excessiva de algumas das medidas desencadeadas estejam na origem de reformulações e ajustamentos insuficientes e/ou de insucessos práticos sucessivos.

À luz deste desencontro, entre o que alguns pretendem e o que serve a todos, merecem particular destaque as reflexões e propostas apresentadas pelos ilustres prelectores da IX Reunião da SPEM, divulgadas neste número do Boletim.

Reforma do ensino pré-graduado – Finalmente, a reforma curricular da pré-graduação constitui a terceira e talvez, a mais preocupante questão actualmente vivida pelas Faculdades de Medicina nacionais.

Muito já foi dito e repetido sobre o assunto desde que a Comissão Interministerial de Revisão do Ensino Médico iniciou os seus trabalhos. E, apesar das recomendações finais terem sido apresentadas efectivamente em finais de 1993, o caminho é ainda longo para os que querem reformular (e também modernizar) o programa curricular da pré-graduação. Talvez que o principal obstáculo à mudança resida na ausência de pensamento colectivo sobre o assunto, não obstante as *pulsões* e os discursos provenientes de vários quadrantes quase fazerem pensar o contrário.

Há motivos para crer que a reforma do currículo médico poderá ter início brevemente *se*, até lá, foram ultrapassados os habituais “pequenos poderes” intra-institucionais e, empenhadamente, todos os docentes e responsáveis pelos órgãos de gestão participarem na criação de um sistema novo que funcione, com eficácia e sem demagogias. Constituem objectivos tácticos indispensáveis a activação do Departamento de Educação Médica em cada uma das Faculdades de Medicina nacionais, a par com a definição de uma “task force” com responsabilidades directas na dinamização dos contactos inter-docentes e na definição do programa, metodologias e meios necessários ao novo sistema, de acordo com um calendário rigoroso.

O recrutamento e a preparação pedagógica dos docentes, e a dotação de meios financeiros (indispensáveis, por exemplo, para a manutenção de uma biblioteca central actualizada, aquisição de simuladores de aprendizagem, ou montagem de laboratórios apetrechados para a auto-aprendizagem e iniciação à investigação) são alguns dos problemas complementares a requerer atenção. Igualmente, a particularidade ímpar (no ensino superior) de os três

primeiros anos da licenciatura em Medicina dependerem de uma tutela ministerial que se transforma numa dupla tutela no ciclo clínico, constitui uma fonte de equívocos (senão mesmo de alguns conflitos) inter-institucionais.

A redução e subsequente extinção do Internato Geral num processo que o Ministério da Saúde decidiu começar já em 1995, e que pretende concluir muito rapidamente, veio representar uma dificuldade adicional com que as Faculdades de Medicina se viram confrontadas. Na prática, significa que o “empregador” natural dos novos médicos (Ministério da Saúde) impõe calendários e objectivos imediatos às Faculdades de Medicina, sem com isso cuidar (nem lhe compete, afinal) da realidade e condicionalismos múltiplos que, de facto, existem.

Assim, também neste terceiro problema que alguém menos atento consideraria exclusivo das Faculdades de Medicina, assiste-se a intervenções externas que não auguram nada de bom para a qualidade profissional dos futuros recém-licenciados. Não que estes possam ser intelectualmente menos dotados, mas apenas por haver riscos num sistema formativo a que não foi concedido tempo para reflexão, para testar processos, para preparar meios e pessoas, inclusivamente para reformular espaços de aprendizagem e ensino.

A moral da história aconselha a que se melhore o sistema educacional (com ponderação e rigor), e se invista no recrutamento de docentes qualificados (e adequadamente remunerados) para que os objectivos do ensino médico sejam finalmente alcançados.

Ou seja, “apressemo-nos devagar”.

A Revisão Curricular e os Paradoxos da Inércia*

A Reforma do Currículo Médico deverá ser interiorizada como responsabilidade própria das Faculdades de Medicina. Por um lado será ao Governo que compete sancionar (ou não) as propostas definidas pelas Faculdades de Medicina, no âmbito da Lei da Autonomia Universitária em que se enquadra o sistema.

Estranhamente, porém, os papéis parecem (continuar) trocados entre os actores em cena. As Faculdades de Medicina como que se mantêm alheadas ou, pelo menos, pouco interessadas em introduzir modificações curriculares. O Ministério da Educação também não exterioriza quaisquer sinais de estímulo ou recusa. Finalmente, o protagonismo mais activo continua a ser o do Ministério da Saúde embora, na ordem natural das coisas, não o devesse ser.

Na realidade, a menos que a formação médica pré-graduada seja incorporada definitivamente na área da Saúde, não se afigura legítimo nem benéfico que as modificações do currículo médico pré-graduado estejam a ser induzidas do exterior por outras tutelas que não as que superintendem o ensino universitário.

Deixando por agora as (surpreendentes) posições assumidas pelos organismos tutelares face a um problema tão crítico, como é a Educação Médica, afigura-se oportuno analisar as razões da estranha inércia em que parecem tolhidas as Faculdades de Medicina perante o caminho definido e apontado no Relatório da Comissão Interministerial da Revisão do Ensino Médico, em Janeiro de 1993.

Nas três Reuniões (a VIII, em 27 de Maio de 1993; a IX, em 12 de Outubro de 1993; a XI, em 14 de Maio de 1994) que a SPEM promoveu sobre o assunto, muitas e valiosas pistas foram apresentadas por docentes com responsabilidades educacionais directas na Formação Médica nas Faculdades de Medicina a que pertencem. Se houvesse que resumir todas as opiniões numa única, concluiríamos que existe um paradoxo entre o que as Faculdades de Medicina *pretendem* e o que *concretizam*. E o que as Facul-

* NE – In: Boletim da SPEM 1994; III Série, 4 (2): 1-2.

dades de Medicina desejam resume-se a três objectivos genéricos para os futuros licenciados: *que estes tenham conhecimentos concretos, que os conhecimentos por ele aprendidos (pela teoria e pela prática) façam sentido e, por fim, que sejam capazes de os aplicar na actividade clínica e de os actualizar continuamente.*

Todavia, o progresso inovador e a vontade de mudança são habitualmente minimizados (senão mesmo, subvertidos) pelo imobilismo conservador do sistema. Daqui resulta que as mudanças (quando se verificam) tendem a localizar-se nas franjas do essencial, como que procurando evitar desequilíbrios que alterem poderes consolidados e/ou interesses dos grupos dominantes. Alterar será sempre uma insegurança, com duração e perspectivas desconhecidas: Pelo contrário, a continuidade, mesmo que reconhecida-mente ineficaz, representa caminhos já trilhados e, como tal, tornados consistentes por experiências anteriores.

Cinco motivos principais poderão ser adiantados como hipóteses justificativas da resistência que as Faculdades de Medicina oferecem, habitualmente, às modificações curriculares. *A falta de motivação ou de interesse específico por assuntos pedagógicos, a coexistência de outros interesses profissionalmente mais atractivos, a impreparação técnica para a actividade docente, a carência de meios e recursos para o pleno exercício da docência e, por fim, a falta de liderança ou de organização do sistema* são razões plausíveis para a inércia em que se processa a renovação curricular.

Quaisquer que sejam as razões subjacentes, um facto é incontroverso. A revisão curricular é uma competência intrínseca e uma obrigação continuada das Faculdades de Medicina, isto é, do colectivo dos seus membros constituintes. Nessa circunstância há que começar, definindo objectivos de trabalho, metodologias e responsáveis pelo accionamento e acompanhamento do novo programa curricular.

No horizonte configura-se não só a finalidade geral de formar médicos polivalentes e competentes mas, também, profissionais equiparados aos dos restantes países da Comunidade Europeia. A avaliação das Universidades está à porta das Faculdades de Medicina. Se não forem estas a iniciar e a concretizar as modificações (obviamente) necessárias, outros se encarregarão de as imporem. Muito em breve.

Assim sendo, resta-nos começar o futuro hoje.

Formar ou Formatar?*

As tentativas em curso que decorrem nas Faculdades de Medicina nacionais visando a definição de um novo plano curricular para a pré-graduação, estão a esbarrar com alguns obstáculos, uns habituais neste género de modificações, outros fruto das imprecisões conceptuais e funcionais em que decorre o Ensino Médico em Portugal.

Até à data não se vislumbra qualquer sinal de que os poderes públicos estejam minimamente interessados na modificação do plano curricular do Curso de Medicina. Inclusivamente, não se “sente” que as Faculdades de Medicina, representadas pelos seus docentes e discentes, estejam empenhadas numa mudança efectiva. Haverá talvez mais preocupação com potenciais alterações em alguns privilégios consolidados do que com a redefinição de objectivos e meios a que um novo plano curricular necessariamente implica. Ou seja, há razões para admitir que os interesses individuais continuam muito mais fortes do que os institucionais e, entre estes, predomina (ainda) a oportunidade política do momento. Qualquer tentativa para se alterar este sistema situacionista será malvisto, subsistindo o risco de que as modificações que surjam sejam meras operações de cosmética, a dar novas cores a faces desbotadas pelo tempo.

A menos que a (pomposamente) designada “reforma do ensino médico” se restrinja à troca de nomes das áreas científicas ou à sua recolocação na grelha curricular – a desenvolver em instalações (que continuam) insuficientes, envelhecidas, e desactualizadas, com recursos humanos escassos, mal distribuídos e inadequadamente remunerados, desprovidos de apoios pedagógicos modernos, e num cenário de crescente restrição orçamental – então, o que está em preparação não é nem será qualquer “reforma”. Chame-se-lhe antes, e por pudor, revisão curricular.

Na realidade, uma reforma começa pela definição dos objectivos gerais. *Mudar para quê?* Para seguir a moda e as recomendações internacionais que alguém, mais informado, leu? Ou por essa modificação ser necessária, por se verificar que a preparação médica que está a ser conferida fica aquém do que os doentes precisam e do que a modernização científica e tecnológica exigem?

* NE – In: Boletim da SPEM 1994; II Série, 4 (3): 1-2.

Que se saiba, não foram realizados estudos demonstrativos de que a preparação actual dos médicos portugueses recém-licenciados não atinge os níveis essenciais exigidos para o desempenho assistencial. Haverá suspeitas pontuais de que isso possa ocorrer e há, de facto (como sempre houve), a convicção de que os recém-licenciados têm grandes limitações de actuação prática, apesar de exibirem com frequência, no seu currículo, um invejável conjunto de classificações.

O movimento para a modificação do plano curricular foi iniciado com o objectivo fundamental de reduzir o tempo de formação, no caso à custa do Internato Geral. O Ministério da Saúde tornou-se um óbvio e incondicional apoiante desta intenção, por razões que todos conhecem ou adivinham. Daqui rapidamente surgiram equívocos, pois que ficava por responder *quando* e *como* decorreria a aprendizagem prática dos futuros médicos, logo que o actual Internato Geral fosse “fagocitado” pelo 6^o (e último) ano do futuro plano curricular. Até à data, este problema não foi solucionado. A Ordem dos Médicos estará naturalmente preocupada com o assunto, enquanto cada Faculdade de Medicina se prepara para apresentar uma solução original, sabendo-se que, em algumas Escolas o “novo” plano curricular está já em plena laboração ou prestes a começar. Por conseguinte, o que deveria ser um assunto comum (às Faculdades, à Ordem dos Médicos, aos Ministérios da Educação e Saúde) toma-se uma manta de retalhos, numa total descoordenação que não augura nada de bom. A não ser alguns (e transitórios) protagonismos avulsos.

Assim como o todo existe antes das partes, também os objectivos vêm antes dos meios. A definição dos **objectivos gerais** de uma qualquer Faculdade de Medicina será o primeiro passo, indispensável para a reformulação do que se pretende alterar. Equivale a perguntar *qual é* (ou passa a ser) a missão das Faculdades de Medicina. A resposta não oferecerá contestação, mas não será demais recordá-la: a **missão** das Faculdades de Medicina deverá ser (sempre) educacional, preparando médicos competentes para o exercício da profissão e aptos para acompanharem e desenvolverem a ciência médica.

Depois da clarificação deste ponto fundamental, será altura para se passar aos **meios**, isto é, como conseguir que os recém-licenciados sejam tecnicamente competentes, como “transformar” adolescentes entusiastas em clínicos disciplinados, sabedores, e compassivos, de ética irrepreensível e, ainda, homens de cultura humanística, motivados para se actualizarem durante (toda) a sua vida profissional e futura.

A definição de um **plano curricular** para os objectivos definidos é um dos passos elementares da estratégia de ensino. A escolaridade, total e fraccionada, mais não será do que o tempo mínimo calculado para atingir objectivos específicos, pré-estruturados por área ou sector. Os **recursos** específicos a utilizar, os **processos de ensino** e também, a **vontade** para que a mudança aconteça são etapas complementares da estratégia escolhida. A

reforma (ou a revisão) curricular terá êxito, será útil, se as premissas anteriores forem atendidas ou, pelo contrário, será mais uma oportunidade perdida.

A vontade de mudança afigura-se o primeiro dos desafios, a partilhar por todos os intervenientes e, em plano de destaque, pelo Ministério da Educação.

Do empenhamento governamental dependerá o afluxo de recursos materiais adequados a um processo educativo dispendioso (em qualquer latitude), dependerá também o reconhecimento de que o ensino médico tem particularidades e exigências protegidas por legislação anterior, a que cabe dar seguimento. Por parte das Faculdades de Medicina haverá também que dar (manifesta) expressão à dedicação pedagógica por parte dos seus docentes, e empenhamento na aprendizagem pelas discentes, num ambiente que não perca de vista o objectivo educacional.

A metodologia do ensino e os meios a utilizar são instrumentos a prever ou a desenvolver, caso a caso. Naturalmente que o futuro médico terá de aprender as bases científicas e o método experimental em laboratórios (a realizar experiências e observando factos), e não numa cadeira de anfiteatro a acompanhar uma exposição teórica do que é, e como se obtém, por exemplo, uma electroforese das proteínas séricas. Do mesmo modo, o futuro médico terá de ter acesso a peças anatómicas reais por onde aprenda anatomia, antes de poder intervir num acto cirúrgico, sem ficar restringido a conhecimentos teóricos adquiridos pela imagem dos tratados ou em computador. O futuro médico deverá ter oportunidade para medir a pressão arterial até à perfeição, proceder a toques ginecológicos, executar toracocenteses, suturar feridas, administrar injeções e soros. Estes gestos deverão ter um lugar próprio para aprendizagem, primeiro em modelos e depois no homem, ao longo das diferentes fases do Curso de Medicina. Ou seja, a aprendizagem dos gestos, o desenvolvimento das aptidões e das capacidades, a vivência didáctica dos valores e das atitudes (médicas e humanísticas) a aquisição de conhecimentos técnicos, científicos e culturais terão, todos, de ser distribuídos escalonadamente ao longo dos 6 anos do futuro plano curricular. Para cada fase haverá que estabelecer um dado tempo de aprendizagem, a estruturar em áreas próprias, *por razões concretas de aprendizagem*. O somatório representará a escolaridade de cada área, distribuída por um conjunto pré-estabelecido de acções pedagógicas (práticas, teóricas, teórico-práticas e outras). Sem esquecer que, além da escolaridade formal das aulas, haverá que prever espaços de *liberdade pedagógica* que permitam ao aluno optar por aspectos que mais o interessem, incluindo a auto-aprendizagem.

A reforma que se deseja para o Ensino Médico nacional não pode afastar-se das citadas perspectivas. Para que seja efectivamente uma reforma, em que as Faculdades de Medicina corrijam objectivos e remodelem os meios. Para que a *formação médica* não se confunda com a *formação* de clínicos a contratar para prestar assistência aos *utentes* do Ministério da Saúde.

O Futuro da Saúde em Portugal*

Ao contrário do que muita gente ainda hoje julga, incluindo alguns dos principais responsáveis pelo poder político nacional e de organismos da tutela, o futuro da Saúde em Portugal não passa necessariamente por *mais blocos de betão*, nem *mais equipamento* adquirido através de anúncios em catálogos de revistas médicas. Pelo contrário, o futuro da Saúde joga-se num binómio simples em que *prevalecem as pessoas*: de um lado as que prestam cuidados e de outro as que deles requerem. Este conjunto poderá reduzir-se à expressão mais simples em situações extremas: o médico só perante o doente, quase sem recursos disponíveis, como transparece actualmente das inúmeras frentes de conflito bélico e das regiões mais miseráveis do planeta. Apesar desse estado carencial, em que pode não haver hospitais nem aparelhos de radiografia ou análises ao sangue e, por vezes também, faltam os medicamentos mais essenciais, sucedem-se os actos médicos salvadores de uma vida ou que, pelo menos, minoram o sofrimento humano. Em posição oposta configuram-se os exemplos exaustivamente *mediáticos*, referentes a cuidados de saúde insuficientes ou incorrectos, por vezes desenvolvidos em ambiente hospitalar de primeiro plano.

É certo que o acaso estará subjacente aos êxitos da primeira situação e aos insucessos da segunda. Mas, não haverá (mais) qualquer razão que se esteja a minimizar? Por outras palavras, não haverá um excesso de confiança na tecnologia, nos recursos físicos e nas infra-estruturas, a desfavor dos valores, das atitudes e das capacidades, humanas e técnicas, dos clínicos?

Algum “novo-riquismo”, aliado a uma posição bacoca perante os equipamentos (de que tantas vezes se desconhece o mecanismo) poderá sugerir a ideia (em não poucos responsáveis e intervenientes), de que a Medicina *avançada* é a que começa e termina numa lauda de resultados laboratoriais, ou em exames radiológicos sofisticados, sem necessidade de atender às queixas do doente ou ao exame físico. Todavia, o que muitos utentes/clientes/doentes mais precisam é de *quem os oiça e lhes reassegure a confiança* perante os seus pequenos-grandes problemas do dia-a-dia. Uma bateria de exames não é solução, assim como não basta construir hospitais

* NE – In: Boletim da SPEM 1995; II Série, 5 (1): 1-2

ou centros de atendimento (ditos de “Saúde”) quando os profissionais que neles trabalham não estão à altura das circunstâncias.

Não é por acaso que a paramedicina, a homeopatia e outras práticas de “placebo-medicina” têm proliferado em países mais industrializados. A despersonalização e a *massificação* dos cuidados de saúde pública empurram, quem deles requer, para os “braços” de quem os escute (ou simule escutar) atentamente. Também por isso, os balcões das farmácias vêm adquirindo um protagonismo desusado (e já com anúncio televisionado), que vai acentuar-se com a popularização dos “genéricos”.

Na realidade, o futuro da Saúde (ou melhor, da Assistência Médica) passa necessariamente pela estratégia que gere a Formação Médica. Essa estratégia começa pela *vontade* (política, institucional, individual) dos responsáveis e intervenientes em realizar qualquer coisa útil, para fins concretos. Naturalmente que serão precisos *recursos* para instalar, desenvolver e accionar um sistema que tem, como primeiro objectivo, educar, ou seja, *induzir modificações de comportamento e a aquisição de conhecimentos adequados ao exercício competente da profissão*. Seria ilógico admitir a possibilidade de que os estudantes de Medicina que não dispusessem de condições para executar por exemplo, esfregaços de sangue e observá-los ao microscópico, conseguissem perceber e saber fazer aquelas técnicas unicamente através da leitura dos livros. Do mesmo modo, que aptidões poderá ter um médico para proceder e interpretar um exame proctológico de rotina, administrar soros por via parentérica ou executar qualquer outra manobra médica banal se, enquanto aluno, não lhe foi dada a possibilidade de a praticar? O mesmo se poderia adiantar para a aprendizagem das atitudes médicas, para os valores da ética profissional e humana, e para um conjunto de outros pormenores que constituem o cenário em que decorre a vivência profissional.

Não poderá haver boa Assistência Médica se a Formação Médica continuar desprovida de condições mínimas equivalentes às que existem nos mesmos países que servem de modelo para os edifícios a construir e aos equipamentos médicos que os vão recheiar. Pretender que a formação dos futuros médicos decorra em Faculdades de Medicina que trabalham em instalações construídas há pelo menos três décadas e sem actualização posterior, equipadas com material insuficiente ou obsoleto, e cujos recursos financeiros (disponibilizados pelo Orçamento de Estado) quase só pagam vencimentos do pessoal (e mesmo este muito aquém do que se justificaria) não será, dizíamos, querer uma “galinha gorda por pouco dinheiro”?

O problema não é simples, nem se resolve com títulos para os jornais. Também não terá solução harmoniosa enquanto cada um dos principais intervenientes – Ministérios, Ordem dos Médicos e Faculdades de Medicina – se comportar como único protagonista em cena. O problema é comum a todos, embora decorra com objectivos diferentes.

E será por essas diferenças existirem que a solução terá de ser consensual e nunca de ingerência ou de voluntarismos pouco amadurecidos.

Miragens ou Pesadelo?*

As Faculdades de Medicina Nacionais vêm perseguindo uma miragem que, desde há alguns anos, lhes apareceu no horizonte. Na “miragem”, a revisão do currículo médico como que resolverá instantaneamente três problemas: *equipará o nível do ensino médico actual ao dos principais centros europeus* (senão, mesmo, norte-americanos), *melhorará a qualidade da prática assistencial para padrões equivalentes e, finalmente, possibilitará que os médicos nacionais deixem de ser os mais velhos a licenciarem-se e a atingir o grau de especialista na União Europeia*. Neste aparente “passo de mágica”, não se têm vislumbrado estratégias concretas a nível governamental nem se discutem as realidades em que terá de ser desenvolvido o processo. Em seu lugar, assiste-se a “fugas para-a-frente”, a par de um prolongado silêncio colectivo sobre a (in) capacidade de resposta das estruturas actuais de ensino médico para tudo o que não seja rotina precária em que o sistema vem funcionando, há largos anos.

Sete anos depois da “Iniciativa de Lisboa” e um ano após a publicação do relatório do Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico, cada Faculdade de Medicina desenvolve os “seus” planos, nenhuma conhece oficialmente a data prevista para o começo do novo programa curricular, porém todas se apressam a legalizar no Diário da República o “seu” sistema de ensino.

Passando por alto os pormenores de um processo que caracteriza bastante bem a nossa incapacidade colectiva para nos entendermos e para gerirmos adequadamente interesses que não sejam os próprios, afigura-se oportuno lembrar que o “rei vai nu”.

Reformar um currículo não é o mesmo que mudar de etiquetas, ou trocá-las de posição ou, mais simplesmente, colá-las num espaço mais reduzido. Todavia algumas, ou todas, estas analogias estão a ser seguidas no âmbito da actual revisão curricular. Não que os membros das comissões de trabalho sejam desprovidos de ideias ou de intelecto inovador mas, em gran-

* NE – In: Boletim da SPEM 1995; II Série, 5 (2): 1-4.

de parte, pelo seguinte motivo: o sistema de ensino médico está descapitalizado de recursos e (tal como o restante ensino universitário público) utiliza processos de gestão quase inaceitáveis.

Sobre os recursos disponíveis haverá pouco a dizer, por ser um assunto sobejamente conhecido de todos. É, porém, surpreendente a facilidade como tanta evidência passa despercebida. Começemos pois pelos recursos humanos, e aqui pelos docentes.

Carências de Formadores

Sabe-se que a (imensa) maioria dos docentes que lecciona nas Faculdades de Medicina é constituída por assistentes convidados com funções hospitalares, contratados a tempo parcial. Uma nova (recuperada) categoria de docentes (livres ou voluntários) está a disponibilizar-se (em geral a pedido dos seus superiores hierárquicos) para “dar umas aulas” aos alunos que entram na enfermaria. Este contingente de docentes obsequiosos é uma tentativa desesperada para suprir a falta de assistentes, particularmente sentida no ciclo clínico. Na realidade, as limitações impostas pelo Ministério da tutela à contratação de docentes para as Faculdades de Medicina, através da fixação de um *ratio* docente/discente (1/6) sem fundamentação plausível, estão a originar consequências gravosas para a qualidade do ensino médico. Neste momento, e embora com a ajuda dos discentes “livres”, o ensino em enfermaria atingiu proporções catastróficas: um doente, um docente e 10 a 15 alunos (ou mais) à volta, procurando aprender a serem médicos.

Em qualquer dos casos, porém, os docentes a tempo parciais (com ou sem vínculo contratual) têm uma intensa actividade clínica, largamente concentrada no período da manhã. É neste período que decorrem habitualmente as obrigações hospitalares e, também, as de ensino clínico. Nalguns casos acrescem ainda outras tarefas (p. ex., científicas e/ou administrativas), em sobreposição com as do horário de trabalho hospitalar. Perante tão peculiar atentado à lei da Física que nos garante não poderem dois corpos ocupar simultaneamente o mesmo lugar, há que duvidar da eficácia dos resultados conseguidos em qualquer das áreas.

O corpo docente restante é constituído por doutorados, na maioria afiliados a disciplinas clínicas e, por isso, também essencialmente devotados à actividade assistencial e a outras directivas da tutela da Saúde. À semelhança do verificado para os não doutorados, resulta daqui, com frequência, que as actividades assistenciais, *prioritárias*, relegam as tarefas pedagógicas-científicas para segundo plano, mesmo que o vínculo contratual principal seja o da tutela da Educação. Os dias de urgência hospitalar, as reuniões (científicas, médicas e também as representações oficiais, em comissões

nacionais e internacionais) multiplicadas ao longo do ano, em geral significam um número relevante de aulas que deixaram de ser leccionadas e outras acções de ensino não concretizadas, por não haver docentes que substituam os ausentes em serviço.

Os docentes das áreas básicas e pré-clínicas são uma minoria, da qual os mais novos também são jovens internos (com o estatuto de assistente convidado), com responsabilidades hospitalares semelhantes aos da área clínica. Os docentes de carreira nas disciplinas básicas e pré-clínicas são uma “espécie em vias de extinção”, que (quase) não influenciam as estatísticas institucionais. Por via de tão flagrante desequilíbrio de forças, explica-se que além das aulas teóricas praticamente não existam outras acções de ensino do ciclo básico e pré-clínico durante as manhãs. Em contrapartida, as aulas teórico-práticas e práticas são inevitavelmente localizadas no período da tarde, por um motivo principal: *não há docentes efectivos daquelas áreas não clínicas que estejam disponíveis para actividades pedagógicas matinais.*

São de momento muito raras as acções de formação pedagógica instituídas pelas Faculdades de Medicina, no sentido de “formar formadores”. São virtualmente inexistentes, também, as acções formativas na pedagogia e técnicas de comunicação. Daí que, muito frequentemente, e por vício de forma, os docentes sejam *prelectores do que conhecem*, mais do que *apoiantes da aprendizagem que os discentes querem e devem conhecer.*

Seria desejável que os docentes em actividade fossem sempre “os melhores entre os melhores”.

Pessoal não docente e estruturas institucionais

Quanto ao pessoal não docente, são bem conhecidas as actuais dificuldades na sua renovação. As Faculdades de Medicina, particularmente as mais antigas, estão a ficar exangues de pessoal administrativo e técnico, aposentado por limite de idade ou por doença. Numa amostragem recente na Faculdade de Medicina de Lisboa, a média de idades do pessoal não docente oscilava por 53 anos, o que define claramente a situação. Grande parte desse pessoal nunca beneficiou de acções de formação ou de reciclagem profissional, sendo promovido na carreira por antiguidade e conhecimentos adquiridos em exercício.

As Faculdades de Medicina têm procurado colmatar as suas deficiências em pessoal pela abertura de concursos internos e externos. Como não tem havido autorização para “descongelar” as admissões na função pública para o Ministério da Educação (exceptuando casos pontuais que, nos últimos anos, se têm concentrado no ensino superior politécnico e ensino secundário), as Faculdades de Medicina dificilmente conseguem o que precisam. As

raras candidaturas verificadas representam simples transferências entre serviços públicos, por *conveniência do candidato*. Daí que, neste momento, quase não haja electricistas nem técnicos de laboratório, p. ex., entre os candidatos pretendidos, num caso por ser manifestamente reduzido (leia-se não-competitivo) o vencimento oferecido e, no outro, por as condições de trabalho oferecidas pelo Ministério da Educação ficarem aquém de posições equivalentes em instituições do Ministério da Saúde. Poderá também não ser possível contratar os candidatos com perfil pré-definido. É o que sucede, p. ex., com técnicos de audiovisual, actualmente uma área fundamental para um ensino eficaz. A solução, mais uma vez, consiste em adaptar ao lugar alguns “curiosos” que vão aprendendo “qualquer coisa”, se tiverem boa vontade e qualidades intrínsecas. Finalmente, as Faculdades de Medicina requerem organização técnica-administrativa capaz de dar seguimento (profissional) a diversas solicitações. Por ex., os Programas Erasmus, Sócrates e outros sistemas educacionais desenvolvidos no âmbito da União Europeia justificam que as Faculdades de Medicina disponham de gabinetes e secretariados dinamizados por pessoal com formação superior e competência para assegurar o relacionamento (nacional e internacional) indispensável. As candidaturas aos programas de investigação nacionais e internacionais justificam também pessoal que saiba preencher formulários e dar resolução a inúmeros e complicados problemas, incluindo a gestão de verbas. Até à data grande parte deste trabalho é feita pelos docentes/investigadores interessados o que não é, naturalmente, a melhor solução. O resultado está à vista: incapacidade de resposta e perda da qualidade.

A Formação Médica – e no seu âmbito recaem acções pedagógicas, científicas de raiz universitária – é um processo tanto ou mais exigente e responsável do que o de muitas outras actividades públicas. As estruturas que lhe dão suporte devem ter adequada correspondência, e a evolução para um novo plano curricular acentuou as exigências.

Meios Financeiros

Naturalmente que aquela questão traz a terreno outro argumento: *a (boa) qualidade de serviços paga-se*. A questão fulcral nasce e morre aqui. Mantendo-se a perspectiva política de que os médicos são formados pelas Faculdades de Medicina para exercerem funções técnicas no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, não haverá mudanças na operacionalidade pedagógico-científica das Faculdades de Medicina. Por uma razão simples: a *qualidade* do médico tende a ser secundarizada pela *quantidade* de elementos a admitir para o exercício de funções clínicas, com base em números definidos pelos “gestores do custo/benefício”. Nesta perspectiva as Faculdades de

Medicina funcionariam como “escolas técnicas de licenciados em medicina”, mais avançadas do que as que formam técnicos com bacharelato em análises clínicas, fisioterapia, dietistas e outros perfis. O *ratio* de 1/6 definido para as Faculdades de Medicina pelo Ministério da Educação consagraria o “ensino de-lápis-e-papel”.

Na realidade, as Faculdades de Medicina dispõem de orçamentos quase só para pagar os salários, não têm verbas para investigação científica (excepto 2% para a formação em exercício). Sem recursos externos não há capacidade para renovar equipamentos pedagógicos ou para investigação científica. O novo plano curricular prepara-se para avançar neste esquecimento “miserabilista”, enquanto o orçamento do Ministério da Saúde fica aliviado do pagamento de vários milhões de contos/ano que estavam destinados a encargos com o Internato Geral, entretanto a extinguir.

Conclusão

Sem condições de trabalho, sem objectivos científicos realizáveis, sem verbas para salários competitivos, não haverá suficientes recursos humanos de qualidade que estejam interessados em ingressar e a trabalhar como pessoal docente e não docente das Faculdades de Medicina Portuguesas. E, *sem recursos humanos qualificados, interessados e integrados na estrutura, não haverá Reforma do Ensino Médico*. Quanto muito sucederá mais um exercício intelectual desgastante, eventualmente ponteadado pelo azedar de relações de trabalho, em colisões de interesses e sinecuras instituídas. E tudo continuará na mesma até um dia em que a Ordem dos Médicos, a União Europeia ou qualquer outro organismo nacional ou supranacional informe os governantes de que os médicos licenciados pelas Faculdades de Medicina nacionais não têm preparação acreditável.

Cabe a nós evitar que este pesadelo venha a acontecer e que a Reforma do Ensino Médico efectivamente se concretize. Primeiro, *decidindo o que queremos* (o que não é difícil); segundo, esclarecendo os *políticos* dos motivos que decidirmos.

Para um Novo Modelo de Ensino Médico*

O modelo de financiamento em vigor para as Universidades é particularmente lesivo da missão pedagógico-científica das Faculdades de Medicina nacionais.

Uma das peças-chave daquele modelo, que converge na definição de um orçamento padrão a regular através de um contrato-programa, é atribuído ao rácio docente/discente, igual a 6 para as Faculdades de Medicina nacionais.

De acordo com aquele rácio, as Faculdades de Medicina deveriam proceder ao re-acerto dos seus efectivos em pessoal docente (leia-se, não contratação de novos docentes e/ou não renovação de contratos dos que entretanto o terminavam), de modo a atingir o valor pré-definido para o rácio ao fim de 5 anos de restrição mantida. O objectivo idealizado pelos responsáveis ministeriais que antecederam o actual Governo consistia na limitação das despesas com pessoal até 80% do total atribuir a cada Faculdade de Medicina. O orçamento anual de cada Faculdade seria fixado pelo número total de alunos inscritos (ou previstos) nesse ano.

O incumprimento daquelas metas, impostas superiormente, penalizaria as Faculdades, podendo inclusivamente em caso extremo originar a suspensão do seu financiamento. Embora esta “queda no abismo” não tenha ocorrido, é um facto também que todas as Faculdades de Medicina (e, decerto, muitos outros Estabelecimentos de Ensino Superior Público) acabariam por a atingir. Por uma razão simples: nem o pessoal não-docente com vínculo contratual, que esteja (e continue) em excesso pode ser despedido ou reformado compulsivamente, nem o pessoal docente pode ser reduzido em número sem que se atenda à especificidade das suas funções.

Além de não ser justificável que, para o total dos docentes, tanto conte um *professor catedrático* como um *monitor*, por via das funções docentes que ambos exercem, também não se justifica que tanto valha (para o total) um docente responsável pelo ensino de uma disciplina com apenas um mês de escolaridade, relativamente a outro de uma disciplina anual. Estes docen-

* NE – In: Boletim da SPEM 1996; II Série, 6 (2): 1-2.

tes não são intermutáveis e, no entanto, são, no seu local próprio de trabalho, indispensáveis, apesar de terem responsabilidades pedagógicas diferentes. Não se justifica também, por iguais razões que o docente com responsabilidades de ensino limitado a um mês, por exemplo, tenha de completar um determinado *tempo mínimo* de acção docente, de forma a regularizar o rácio global. Em Medicina, este extremo poderia equivaler, p. ex., a que um ginecologista (com obrigações clínicas muito específicas) tivesse de completar um determinado tempo mínimo de escolaridade, ensinando, eventualmente, Microbiologia (de especificidade reconhecidamente distinta). Por ambos os motivos, e sem aprofundar mais uma situação bem conhecida, não se afigura lógico nem conveniente que o rácio seja pré-definido pela globalidade de funções indiferenciadas, que efectivamente não existem.

Adicionalmente, continuam por esclarecer os critérios em que o Ministério da Educação, através da anterior Secretaria de Estado do Ensino Superior, se fundamentou para definir que o rácio deveria ser de 6 e não, por ex., de 10 ou 2, para o ensino dos cursos da licenciatura das Faculdades de Medicina.

O rácio de 6 é *irrealista e muito lesivo para o ensino médico*. As Faculdades de Medicina têm por missão pedagógico-científica a profissionalização de futuros médicos. O ensino é (ou deverá ser) *tutorial*, de molde a que o estudante aprenda os conhecimentos científicos-técnicos e aprenda a aplicá-los, a par com as atitudes e os valores próprios de uma profissão com largo envolvimento social. *Com o actual valor do rácio regista-se uma crise marcada no ensino médico*, que está a originar baixa qualidade de preparação, com repercussões potencialmente graves para o desempenho de funções clínicas.

A manter-se aquela situação, e não estando criadas expectativas que, no mínimo, conjuguem a carreira docente e a clínica, completar-se-á também muito em breve a desertificação do quadro docente das áreas básicas e pré-clínicas. A situação está patente para os responsáveis verem.

Os critérios para definição do rácio das Faculdades de Medicina deverão ser baseados no conhecimento das realidades em que terá de decorrer o ensino e a preparação dos futuros clínicos.

Concluindo:

A situação requer correcção imediata e um novo modelo de formação médica universitária. As Faculdades de Medicina nacionais têm uma palavra a dizer e devem ser ouvidas pelos órgãos da tutela. A experiência internacional, ilustrada por exemplos bem conhecidos e anualmente divulgados, é uma fonte de inspiração aberta a reflexões e a decisões óbvias.

Numa primeira fase, é urgente que o rácio docente/discente imposto às Faculdades de Medicina seja corrigido para valores próximos de *um docente para dois alunos*, com efeitos já a partir do ano lectivo de 1996/97.

A par; *há que englobar a carreira docente e a clínica num todo com obrigações específicas visando o ensino e a acção médica por todos os docentes, no âmbito de um Centro Médico Universitário.* Esta estruturação, fundamental, envolve um acordo de ambas as tutelas visando um objectivo comum, que compete ao Governo: assegurar a formação de médicos profissionalmente competentes para prestar cuidados de saúde à população.

Ambas as medidas explicitadas são urgentes. A manter-se a situação actual prevemos que as Faculdades comecem por não poder cumprir a *revisão do currículo médico* (a partir de 1997/98), seguidamente deixem de poder garantir a *qualidade profissional dos futuros médicos* (cerca do ano 2000) e, finalmente, deixem simplesmente de *existir*, logo que a maioria dos actuais professores titulares se reformem (entre 2000 e 2010). Então não haverá substitutos interessados numa carreira docente como profissão, embora haja quem se preste a dedicar algumas horas a um emprego eventual, reservando a sua atenção para ocupações clínicas. E será natural que assim suceda.

Nesta última situação previsível, ter-se-á completado em Portugal, o ciclo do ensino médico, com regresso ao sistema que vigorava no fim do século XIX.

Lamentavelmente.

Breve Historial da Presente Revisão do Ensino Médico*

Preâmbulo

A actual revisão do ensino médico poderá ser entendida como uma das consequências indirectas do *1º Congresso Mundial de Educação Médica*, realizada no Verão de 1988, na cidade escocesa de Edimburgo. Nesse Congresso foram definidas linhas de acção a nível global, regional, nacional e internacional. Entre as iniciativas previstas no princípio 9º da *Declaração de Edimburgo* (1), a activar a nível regional, inseriam-se o desenvolvimento e aprofundamento da cooperação entre os Ministros da Saúde, Ministros da Educação, serviços de saúde comunitária e outros organismos envolvidos na política, planificação, gestão e acreditação comuns.

Poucos meses mais tarde, a Federação Mundial para a Educação Médica, sob a presidência do Professor H. J. Walton, promoveu em Lisboa a reunião regional para a Europa, a qual foi a primeira de seis consultas ministeriais programadas para nível mundial (Anexo I). À “*Iniciativa de Lisboa*” seguiram-se, com intervalos de meses, as reuniões ministeriais de África, Américas, Mediterrâneo Oriental, Sudoeste Asiático Pacífico Ocidental.

Na “*Iniciativa de Lisboa*” ficou acordado consensualmente que a cooperação entre os Ministérios da Educação e da Saúde é imprescindível para a definição da política de saúde. Foram ainda proclamados os seguintes princípios (2):

- (a) A política de educação médica de cada país deverá reflectir orientações claramente estabelecidas da política de saúde;
- (b) A definição de conceitos e programas de educação profissional em saúde deverão resultar da cooperação entre os sectores da saúde e da educação, com base em mecanismos claros e eficazes;
- (c) Os programas educativos em vigor nas faculdades de medicina deverão reflectir a política de saúde do respectivo país;
- (d) Deverão ser desenvolvidos mecanismos e recursos, em colaboração

* A – In: Boletim da SPEM 1997; II Série, 7 (3): 3-9.

- com organismos (e sociedade) da classe, de modo a possibilitar que a formação contínua seja um prosseguimento da educação médica;
- (e) As diversas fases da educação médica deverão decorrer em ambientes apropriados, que reflectam todos os aspectos da saúde e dos serviços de saúde.

A fase de consenso

A “*Iniciativa de Lisboa*” desencadeou um movimento interno de imediata adesão, rapidamente consolidada, em 1989, pela criação da *Comissão Interministerial de Revisão do Ensino Médico* (CIREM), formalizada por despacho conjunto dos Ministros da Educação e da Saúde, respectivamente, Eng.º Roberto Carneiro e Dra. Leonor Beleza.

A CIREM era constituída por 17 membros, em que se incluíam:

- Um representante do Director-Geral do Ensino Superior;
- Um representante do Director-Geral dos Hospitais;
- Um representante do Director-Geral dos Cuidados de Saúde Primária;
- Um representante do Director-Geral dos Estudos e Planeamento da Saúde;
- Um representante do Director-Geral dos Recursos Humanos do Ministério da Saúde;
- Um representante dos Professores Catedráticos de cada uma das seguintes instituições do ensino médico: Faculdade de Medicina das Universidades de Coimbra, Lisboa e Porto, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar;
- Dois representantes da Ordem dos Médicos;
- Um representante de cada uma das Associações de Estudantes das Faculdades de Medicina e de Ciências Médicas das Universidades Portuguesas.

A presidência da comissão era assegurada rotativamente pelos professores representantes das instituições de ensino referidas, por períodos de um ano. Quatro anos depois de iniciar trabalhos, com funcionalidade nem sempre fácil, em grande parte devido ao elevado número de membros que a compunha, a CIREM apresentou um relatório final, após o que foi extinta. Seguiu-se um *Grupo de Trabalhos para a Revisão do Ensino Médico*, criado na directa dependência do Ministério da Educação, constituído somente por 5 membros:

- Prof. Doutor Nuno Cordeiro Ferreira (presidente do conselho directivo da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa), que presidia;
- Prof. Doutor A. Torres Pereira (presidente do conselho directivo da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa);
- Prof. Doutor Luís Providência (presidente do conselho pedagógico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra);
- Dr. J. M. Nunes de Abreu, (subdirector geral de saúde);
- Dr. José Guilherme Jordão, (director do Instituto de Clínica Geral da Zona Sul).

O grupo de trabalho recebeu a atribuição de preparar um projecto de legislação para desenvolvimento da revisão do ensino médico, com incidência no seguinte:

- (a) Princípios gerais sobre a organização e leccionação do curso de licenciatura em Medicina;
- (b) Coordenação das estruturas da saúde no ensino e práticas clínicas do curso;
- (c) Princípios gerais sobre organização e concretização do processo conducente à especialização médica;
- (d) Cooperação entre as estruturas da saúde, do ensino superior médico e outras no processo da formação contínua na área médica.

Nos pressupostos ficou estabelecido que os serviços e unidades dos dois ministérios prestariam todo o apoio que lhes fosse solicitado pelo grupo de trabalho, para o cumprimento da respectiva missão.

O grupo de trabalho apresentou em 17 de Março de 1994 o relatório que lhe competia, o qual foi aprovado. Foram designados de seguida dois juristas para apoiarem o grupo de trabalho na incumbência de preparar os projectos de legislação necessários à concretização das propostas apresentadas. O trabalho desenvolvido mereceu público louvor do Ministro da Educação, Doutor Marçal Grilo, em 30 de Junho de 1996.

Quase em simultâneo à criação da CIREM, em 1989, o Ministério da Educação criara um outro *Grupo de Trabalho* constituído por 5 membros, com a finalidade de preparar propostas concretas sobre legislação especial a aplicar aos problemas específicos do ensino médico e dos estabelecimentos que o ministram. O grupo de trabalho integrou os seguintes docentes:

- Prof. Doutor J. A. Esperança Pina (reitor da Universidade Nova de Lisboa e presidente do conselho de reitores das Universidades Portuguesas) que coordenou;

- Prof. Doutor A. Silva Leal (presidente do conselho directivo da Faculdade de Medicina do Porto);
- Prof. Doutor Mário Mendes (presidente do conselho directivo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra);
- Prof. Doutor A. Torres Pereira (presidente do conselho directivo da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa);
- Prof. Doutor Mário Nascimento Ferreira (director da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Em 1990 a comissão apresentou um projecto de diploma sobre os mecanismos de cooperação entre faculdades de medicina e instituições hospitalares. De seguida o Ministro da Educação criou uma nova comissão, constituída pelos mesmos membros, com a função de elaborar projectos de legislação para a reestruturação do ensino médico, no âmbito da autonomia das universidades.

Do exposto conclui-se que, num curto período de tempo, entre 1989 e 1990 existiram simultaneamente dois grupos de trabalho nomeados, em que alguns dos seus membros pertenciam às duas comissões que desenvolviam actividades independentes sobre a reestruturação do ensino médico.

A fase de desacordo

A questão mais polémica da proposta do Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico foi, sem dúvida, a abolição do internato geral, a substituir pelo 6º ano profissionalizante do curso de licenciatura, cuja conclusão daria acesso imediato ao internato complementar.

É bem conhecida a importância do *Relatório das Carreiras Médicas*, editado pela: Ordem dos Médicos em 1961, como primeira reflexão pública da classe médica sobre as circunstâncias redutoras em que decorria a actividade profissional, e a lacuna que constituía a ausência de um sistema de formação médica sistemática e contínua (3). A estruturação da carreira médica foi assim a confirmação da maturidade e responsabilidade, ética e profissional, de uma cooperação consciente dos seus direitos e deveres. Em Portugal já eram famosos os internatos dos Hospitais Civis de Lisboa, na linha de tradição dos que haviam sido criados no século passado para os Hospitais de Paris, e sucessivamente, em outros países (Anexo 2).

Pouco antes da divulgação do Relatório do Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico, em Fevereiro de 1994, os presidentes dos conselhos científicos das Faculdades de Medicina de Lisboa, Coimbra e Porto, e da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, tendo como convidados os directores da Faculdade de Medicina de Lisboa e da Faculdade de Ciências

Médicas de Lisboa, aprovaram o modelo de curso proposto e tomaram posição sobre os problemas que anteviam na implantação do novo programa de estudos.

Em documento subscrito pelo Prof. Doutor Carlos Ribeiro, na altura presidente do conselho científico da Faculdade de Medicina de Lisboa, foi expressa plena concordância sobre a substituição do actual internato geral pelo futuro 6^o ano, foi admitido que o esquema teria possibilidades de ser iniciado em simultâneo no 1^o e 4^o anos do ano lectivo seguinte, e previa-se que o internato geral seria extinto três anos mais tarde, em 1997. A única objecção divulgada foi sobre a eventual suspensão do internato geral no ano lectivo seguinte (que seria em 1995).

Quase imediatamente após a apresentação e aprovação do relatório do Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico, o então Ministro da Saúde, Dr. Paulo Mendo, designou uma *Comissão Permanente da Reforma do Ensino Médico* que tinha por objectivo avaliar a aplicação daquelas propostas na profissionalização e especialização médicas. Aquela comissão concluiu que o internato geral “é insubstituível no quadro do ensino médico, sendo as competências que confere imprescindíveis para o reconhecimento como profissional apto ao exercício autónomo da medicina”. A comissão propôs ainda o seguinte:

- (a) O internato geral não deverá, em caso algum, ter duração inferior a um ano;
- (b) O internato geral deverá desenvolver-se no âmbito das estruturas profissionais e ser organizado pelos órgãos próprios do Ministério da Saúde, sob orientação da Comissão Nacional do Internato Médico e com o parecer favorável da Ordem dos Médicos;
- (c) O internato geral deverá recorrer essencialmente a técnicos de áreas abrangentes, nomeadamente medicina interna e clínica geral;
- (d) O internato geral deverá comportar uma abordagem da ética sob a responsabilidade da Ordem dos Médicos e conforme as recomendações do Comité Permanente dos Médicos Europeus, bem como um curso satélite sobre gestão em saúde, a organizar por estruturas apropriadas;
- (e) O internato geral deverá comportar uma avaliação de natureza essencialmente clínica, de cujo êxito dependerá a necessária certificação profissional;
- (f) O internato geral deverá ser organizado de modo que o interno se integre nas equipas de trabalho dos serviços, procurando obter-se uma vivência diária tanto quanto possível próxima do profissional, favorecendo assim o adquirir de uma progressiva autonomia funcional.

A comissão propôs a modificação do acesso ao internato complementar, cuja prova seria realizada no primeiro mês do internato geral. As recomendações propostas poderiam ser introduzidas no internato geral a iniciar em Janeiro de 1996. A comissão iria elaborar de imediato o regulamento de provas teóricas de avaliação de conhecimentos e o regulamento do internato geral.

Entretanto, a Associação Nacional dos Estudantes de Medicina, em comunicado para a imprensa, veio opor-se àquela proposta da comissão permanente (composta por membros da Ordem dos Médicos e do Ministério da Saúde) sobre a modificação do regime dos internatos geral e complementar, enquanto os respectivos objectivos, formas de execução e de avaliação não fossem claramente definidas. Entenderam indispensável não dissociar as alterações ao internato geral da reforma do ensino médico pré-graduado. Rejeitaram ainda que a formação fosse restringida à medicina interna e à clínica geral, requerendo o seu alargamento a todas as valências então em vigor. Rejeitaram também diversos aspectos do sistema de avaliação proposto pela comissão.

Neste período foi divulgado o projecto de decreto-lei elaborado pelo Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico, com os apoios dos juristas designados pelos ministérios da tutela. Fundamentalmente, o projecto de legislação consagrava as propostas anteriores da CIREM e Grupo de Trabalho daquele, e destacava o seu carácter inovador, ao fazer coincidir no 6º ano do curso de Medicina a obtenção da licenciatura em simultâneo com a profissionalização. O diploma deveria entrar em vigor para os alunos do 1º ano de 1995/96, o que não sucedeu. E não sucedeu porque a Ordem dos Médicos, convidada a pronunciar-se pelo Ministério da Educação sobre aquele projecto de diploma legal, o não subscreveu, opondo-se à extinção do Internato Geral e também ao princípio de que a licenciatura fosse obtida simultaneamente com a profissionalização. Esta deveria ser independente das faculdades de medicina, competindo à Ordem dos Médicos e aos órgãos definidos pelo Ministério da Saúde.

Depois deste reposicionamento da Ordem dos Médicos, e também do Ministério da Saúde, contrariando o que haviam subscrito até 1994, a revisão do ensino médico entrou num período de incertezas e total descoordenação. Cada estabelecimento de ensino médico accionou a “sua” reforma, e fez publicar as suas decisões quanto aos planos de estudo.

O anterior Ministro da Saúde, Dr. Paulo Mendo anunciou em diversas sessões públicas a progressiva redução de tempo do internato geral até à sua eventual extinção. O facto é que as orientações para esse futuro internato geral ainda não foram clarificadas.

Um plano estratégico para a situação de rotura

Face a esta situação inquietante, os presidentes dos órgãos de gestão das instituições de ensino médico promoveram, em finais de 1996, uma reunião nos arredores de Coimbra para a reapreciação conjunta do problema e das medidas a tomar sobre o desenvolvimento da revisão curricular. Foi então decidido constituir um grupo de trabalho que incluísse representantes de cada uma daquelas instituições.

No início de 1997 o Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas solicitou a indicação de um representante de cada uma daquelas instituições de ensino para integrar uma futura comissão de ensino médico. Sucederam-se durante 1997 as reuniões de trabalho daquela comissão eventual, presidida pelo vice-presidente do CRUP, Prof. Doutor Meira Soares.

Dos debates havidos foram definidos dois objectivos a requerer solução urgente, por serem impeditivos do cumprimento da missão institucional: (a) revisão do rácio docente-discente muito insuficiente e (b) definição das instalações e meios adequados, face às actuais insuficiências e inadequações de recursos e funcionalidades, além de dificuldades persistentes no relacionamento e articulação entre as faculdades de medicina e as unidades clínicas do Ministério da Saúde.

A resolução de ambas as premissas foi, e continua a ser, fundamental para assegurar o mínimo de funcionalidade e eficácia das instituições de ensino médico, que estarão no limite das suas possibilidades. Os reajustamentos reivindicados são, por isso, condicionalismos básicos e vitais para a qualidade do ensino médico actual. O novo plano curricular prevê outras exigências, para as quais haverá que cuidar com antecedência.

A não serem atendidas por soluções políticas indispensáveis e urgentes, a comissão antevê, como inevitáveis em horizonte próximo, grandes dificuldades, com destaque para o agravamento da qualidade do ensino médico e, inclusivamente, a descontinuidade na revisão do programa curricular.

No momento as faculdades de medicina encontram-se em condições logísticas genericamente deploráveis, não dispõem de meios modernos de ensino nem recursos que possibilitem a aprendizagem através da investigação, são forçadas a recorrer a docentes não remunerados, e sofrem constrangimentos inadequados impostos por normas da administração pública, quando a experiência justificaria uma gestão de recursos muito mais flexível e apropriada às necessidades pontuais e esporádicas do ensino médico.

A reformulação do ensino médico, para ser eficaz, terá de basear-se em conceitos de gestão inovadores e adquirir autonomia própria no quadro do funcionamento universitário.

Numa primeira fase, imediata, haverá que consolidar a legislação que aprova o novo programa curricular, definir o tipo do internato geral que se

lhe segue (e período previsto para a sua continuidade) e, imediatamente depois, reformular a articulação e modelo funcional das instituições do ensino médico, nas vertentes que dependem dos Ministérios da Educação e Saúde.

Na realidade, o cenário do futuro 6^o ano do curso de Medicina, direccionado para um estágio clínico muito actuante, exige modelos funcionais e responsabilidades (individuais, institucionais e ministeriais) totalmente diferentes dos existentes. E esse futuro 6^o ano do novo programa curricular começa já no ano lectivo de 2000/2001.

Aguarda-se uma decisão política que viabilize a reorganização do sistema curricular e desencadeie o repensar de modelos mais imaginosos e de articulação flexível entre a formação e a assistência médicas, e contribua para o desenvolvimento de um plano estratégico em que se incluam, naturalmente, as vertentes de formação, investigação e acção médicas.

Finalizando, cabe aqui recordar que a Sociedade Portuguesa de Educação Médica preparou, aprovou e apresentou ao Governo uma proposta visando a formação de um *Conselho Nacional de Educação Médica*.

A proposta continua de pé, mantém plena justificação, simplesmente (ainda) não obteve resposta.

Bibliografia

1. “The Edinburgh Declaration”, World Conference on Medical Education of the World Education for Medical Education, 12 August 1988. Med. Educ. 1988; 22:481-482.
2. “Ministerial Consultation for Medical Education in Europe”, Lisbon 31 October – 3 November 1988. Med. Educ. 1989; 23:206-208.
3. “Relatório sobre Carreiras Médicas”, Ordem dos Médicos, Lisboa 1961.
4. Kuhlmann TP, Fang WL, Fan Y – Physician’s views on how specialty-specific the first year of residency should be. Acad. Med. 1991; 66:237-239.
5. Calman KC, Donaldson M – The pre-registration house officer year: a critical incident study. Med. Educ. 1991; 25:51-59.
6. Bynum WF – Pre-registration in historical perspective. Med. Educ. 1997; 31 (supl 1): 43-48.

Anexo 1 – Cronologia das principais etapas da actual revisão do ensino médico

Em Portugal

1988 – Na sequência do 1º Congresso Mundial da Educação Médica, (7-12 Agosto de 1988, em Edimburgo) e da respectiva *Declaração de Edimburgo*, é realizada em Lisboa (de 31 de Outubro a 3 de Novembro de 1988) a designada *Iniciativa de Lisboa*, patrocinada e promovida pelos Ministros da Saúde (MS) e da Educação (ME) pela Secção Regional para a Europa da OMS, pela Federação Mundial para a Educação Médica, pela Associação Europeia para a Educação Médica, e pela Associação dos Directores das Faculdades de Medicina da Europa. Participaram ministros e delegações de 25 países europeus.

1989 – É criada a *Comissão Interministerial de Revisão do Ensino Médico (CIREM)* por despachos ministeriais conjuntos (26/ME/89 e 82/ME/89, respectivamente de 18 de Março e de 9 de Junho, dos Ministros da Educação e da Saúde) com a finalidade de estudar e propor as reformas necessárias e a integração das várias fases da educação médica.

1989 – É criado, na directa dependência do Ministro da Educação, um *Grupo de Trabalho* para apresentar propostas e preparar legislação especial relativa aos problemas específicos do ensino médico e estabelecimentos que o ministram, no âmbito da autonomia das universidades (Despachos 69/ME/89, de 4 de Maio e 103/ME/89, de 6 de Junho).

1990 – É criada na dependência do Ministro da Educação uma *Comissão para a Reestruturação do Ensino Médico*, encarregada de elaborar projectos de legislação especial no quadro de autonomia das universidades sobre os problemas específicos daquele ensino e dos estabelecimentos que o ministram (Despacho 29/ME/90).

1993 – O relatório da *CIREM* é apresentado e aprovado em 14 de Janeiro de 1993 pelos M.S. e M.E. Por despacho ministerial conjunto de 20 de Maio é extinta a *CIREM* e criado um *Grupo de Trabalho* com o propósito de preparar diplomas legais visando a concretização das propostas de revisão do ensino médico apresentadas por aquela Comissão.

1994 – É aprovado o relatório do *Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico*, por despacho conjunto dos M.S. e M.E. (44/ME/94, de 21 de Julho de 1994). São formuladas propostas quanto ao ensino pré-graduado, pós-graduado e contínuo. São definidos os princípios gerais a que deve obedecer a organização e o ensino da pré-graduação. É proposto que o 6º ano pré-graduado substitua o internato geral em vigor, conferindo a licenciatura em Medicina e dando acesso imediato ao internato complementar.

(continua)

1994 – É criada (por despacho de 5 de Julho do Ministro da Saúde) uma *Comissão Permanente da Reforma do Ensino Médico (CPEM)*, com o propósito de estudar e propor medidas sobre a profissionalização e especialização médicas.

1995 – É apresentado o relatório da *CPEM*, que, entre várias recomendações relativas ao internato geral, o considera insubstituível e a ser realizado em prazo nunca inferior a um ano, no âmbito das estruturas profissionais e por órgãos próprios do Ministério da Saúde.

1995/96 – É iniciado o novo programa curricular para o 1º ano do curso de licenciatura em Medicina na generalidade das Faculdades de Medicina nacionais (na Fac. Med. Porto o novo programa é também iniciado para o 4º ano; no ICBAS, há modificações indefinidas, que se consolidam num renovado 6º ano do curso).

PREVISÕES

2000/01 – Os alunos do novo programa curricular atingem o 6º ano do curso, que confere a licenciatura em Medicina.

OUTROS ACONTECIMENTOS RELEVANTES

- Em 10 de Fevereiro de 1994 os presidentes dos conselhos científicos das Faculdades de Medicina de Lisboa, Porto e Coimbra, e da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, com a presença dos directores das Faculdades de Medicina e das Ciências Médicas de Lisboa, reiteraram a sua aprovação ao relatório do Grupo de Trabalho, adiantando contudo que o internato geral deveria ser extinto somente quando os alunos do novo programa curricular concluíssem o 6º ano do curso.
- A 14 de Março de 1995, a Associação Nacional de Estudantes de Medicina, em nota emitida para a comunicação social, manifesta o seu desacordo quanto à proposta de modificação do regime do internato geral e do concurso de admissão a internato complementar, apresentada pela *CPEM*, considerando também essencial que as alterações do internato geral não fossem analisadas separadamente da revisão do ensino médico pré-graduado.
- Em 30 de Junho de 1995, os presidentes dos conselhos científicos das Escolas Médicas Portuguesas reiteraram o seu apoio ao novo programa curricular mas condicionando a sua eficácia e capacidade de execução à prévia solução, pelos ministérios da tutela, de diversos problemas limitativos, designadamente em instalações, recursos humanos, financiamento e funcionalidade.

(continua)

- Em 1995 é elaborado um projecto do decreto-lei que, por desacordo da Ordem dos Médicos quanto à extinção do internato geral e à sua substituição por um 6º ano profissionalizante, da responsabilidade das Faculdades de Medicina, fica pendente.
- Em Junho de 1997 é reconhecida, pelo Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas, uma Comissão representativa das Faculdades de Medicina de Lisboa, Porto e Coimbra, Faculdade de Ciências Médicas e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. A Comissão reúne sob a presidência do vice-presidente da CRUP.

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

- Em 28 de Outubro de 1996 a Sociedade Portuguesa de Educação Médica (SPEM) aprovou em Assembleia Geral um documento propondo a criação do Conselho Nacional de Educação Médica (CNEM), que foi apresentado ao Governo.
- Em 27 de Novembro de 1996 tem lugar nos arredores de Coimbra uma reunião com a presença de 14 dos 15 directores, presidentes dos conselhos directivos, científicos (um ausente) e pedagógicos (um representado pelo vice-presidente), com vista a analisar os problemas e dificuldades sentidas com o desenvolvimento do novo plano curricular.
- Em 31 de Dezembro de 1997 não há ainda qualquer legislação que aprove e regule a actual revisão do plano curricular de Medicina.
- Não há qualquer organismo ou comissão que assegure a coordenação e observância do desenvolvimento dessa revisão curricular.
- Não há uma definição final do tipo de internato médico que dará continuidade, na pós-graduação, ao novo plano de estudos.

Anexo 2 – Estágios, Internatos Clínicos e Sistema de Saúde – Alguns Antecedentes Históricos

A. NO ESTRANGEIRO

1802 – É instituído em França o *Internat des Hôpitaux de Paris*. Apenas um número muito restrito de candidatos conseguia aprovação no internato, o qual dava acesso aos lugares públicos do sistema hospitalar de Paris.

1858 – É aprovado pelo Parlamento Inglês o *Medical Act* que definiu a estrutura normalizadora da profissão médica em Inglaterra, ainda com aplicação à actualidade. Através daquela disposição legal foi criado o *General Medical Council*.

(continua)

1880 – Com base no *Medical Act* de 1858, é criado em Inglaterra um exame de qualificação médica (*safe general practitioner*) no termo do curso médico. A preparação pós-graduada hospitalar era uma opção extra que dava acesso à especialização; não obstante serem voluntárias, as actividades de pós-graduação (hospitalar) foram desde sempre frequentadas por uma fracção representativa de médicos.

1905 – É recomendada, pelo *Council of Medical Education of the American Medical Association*, a criação de um internato com um ou mais anos, a realizar por todos os médicos como parte da formação médica pós-graduada de rotina. Todavia, os programas de internato são divulgados somente após o termo da I Guerra Mundial.

1944 – É publicado em Inglaterra o *Relatório Goodenough*, que considera indispensável a instituição de um período compensatório da prática médica supervisionada, precedendo o ingresso autorizado na actividade clínica. Em 1934, fora recomendado pelo *British Medical Association Committee on Medical Education* que todos os médicos recém-licenciados deveriam realizar um período de experiência clínica supervisionada, designadamente durante nove meses e nunca menos de seis meses, antes de obterem autorização para o exercício médico.

1946 – É criado em Inglaterra o *National Health Service*.

1950 – Por *Medical Act* adicional, é aprovado em Inglaterra o estatuto de um ano de prática clínica obrigatória (*pre-registration year*), com o apoio entusiástico da classe médica. O modelo então aprovado é sensivelmente idêntico ao actual em vigor.

Anexo 2 – Estágios, Internatos Clínicos e Sistema de Saúde – Alguns Antecedentes Históricos

B. EM PORTUGAL

1961 – É aprovado o *Relatório de Carreiras Médicas* (Assembleia Geral Extraordinária da Ordem dos Médicos, em 17 de Junho).

1971 – São estruturadas as carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários do Ministério da Saúde (Dec-Lei nº 414/71, de 27 de Setembro).

1979 – É aprovado o *Estatuto do Médico* (Dec-Lei nº 373/79, de 8 de Setembro).

1982 – São definidos e regulamentados o *Internato Geral* e o *Internato Complementar* como fases sequenciais da formação médica pós-graduada (Dec-Lei nº 310/82, de 3 de Agosto; Portaria 1223/82, de 28 de Dezembro).

(continua)

1990 – É aprovada a *Lei de Bases da Saúde* (Dec-Lei nº 48/90, de 24 de Agosto) que afirma o direito e garantia de acesso dos indivíduos e da comunidade aos cuidados de saúde, e assegura a promoção e defesa da saúde pública.

1990-92 – São reformuladas as Carreiras Médicas (Dec-Lei nº 73/90, de 6 de Março) e definido o seu regime jurídico (Dec-Lei nº 128/92, de 4 de Julho) em consonância às directivas da Comunidade Europeia (Directiva nº 75/363/CEE e Directiva n.º 86/417/CEE).

1993 – É reformulado o *Estatuto do Serviço Nacional de Saúde* (Dec-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro).

Medidas de Emergência a Accionar para o Ensino Médico nas Faculdades de Medicina Portuguesas*

A. Princípios

1. A formação médica qualificada e sistematizada é imprescindível para o bom funcionamento e harmonia das sociedades modernas e para garantia da Saúde, como direito fundamental de cada um dos indivíduos.

2. A formação médica desenvolve-se em três grandes estádios, numa sequência habitualmente ininterrupta desde que o candidato à profissão é admitido numa Faculdade de Medicina até que, ao fim de algumas dezenas de anos de exercício profissional, cessa a sua actividade clínica. Nesta sequência são individualizadas três principais fases: a da pré-graduação (decorrendo nas Faculdades de Medicina), a pós-graduação (como licenciado, em instituições de saúde) e, finalmente, a da formação continuada (em cenário de actuação clínica extra-institucional).

3. A formação médica pré-graduada, para ser eficaz e qualificada, é reconhecidamente realizada em instituições próprias dotadas de recursos humanos, físicos e financeiros adequados, em que se congregam capacidades para a transmissão de saber científico e profissionalizado, para o treino e desenvolvimento de actividades e valores da profissão, para a inovação e pesquisa de novos conhecimentos que assegurem o progresso da ciência médica e, por fim, para a boa aplicação dos conhecimentos, valores, atitudes e desempenhos na prática clínica, dando satisfação a quem deles necessita.

4. A complexidade e responsabilidade ética das atribuições e competências exigíveis a cada médico justificam que a formação médica pré-graduada tenha sido assumida progressivamente como obrigação essencial por todos os Estados perante os seus cidadãos. Em Portugal, data de 1825 a formalização pelo Governo das suas responsabilidades na formação médica, ao criar as Escolas Régias de Lisboa e do Porto. No presente, 172 anos depois, a licenciatura em medicina continua a ser um atributo de instituições públicas financiadas em exclusivo pelo Governo e sob a sua responsabilidade única.

* OC – In: Boletim da SPEM 1997; II Série, 7 (3): 11-13.

5. O pessoal docente e não docente contratado pelo Estado visa o desempenho de funções que esse mesmo Estado considera fundamentais para a garantia da qualidade de vida da população. O pessoal contratado é, pelo Estado, obrigado a um compromisso de honra, em defesa da qualidade e lealdade com que deverá desempenhar as suas funções. O pessoal contratado não desempenhará por isso funções do seu interesse pessoal, embora se deseje que o faça com total dedicação, como se o fossem.

6. É certo que a criação das Escolas Médicas terá resultado de um grande empenhamento individual por parte de cidadãos responsáveis que, pelos seus argumentos, demonstraram aos governantes que o País e os cidadãos tudo teriam a beneficiar da criação, pelo poder público, de Escolas adequadas à formação sistematizada de profissionais habilitados ao exercício da Medicina. Todavia, a criação e funcionalidade das Escolas Médicas no século passado, assim como as Faculdades de Medicina que lhe sucederam desde 1911, foram, são e terão de continuar a ser parte essencial das obrigações fundamentais do Estado.

7. Quando, à semelhança do que se verifica noutros países, forem as Faculdades de Medicina criadas por iniciativa e à custa de financiamentos privados inseridos na lógica de mercado, será legítimo que o Estado faça respeitar iguais critérios de qualidade de grande rigor, que assegurem a competência da prestação de cuidados de saúde acreditados pelos organismos profissionais próprios da classe.

8. Todavia, para que as Instituições públicas de ensino médico sejam efectivamente exemplares e centros de excelência de natureza universitária e profissional, haveria que assegurar-lhes funcionalidade e gestão adequadas, conferindo-lhes um estatuto próprio para a missão que se lhes exige. Naturalmente que este assunto tem de se adequar em meios, logística e articulação conforme as fases da pré-graduação. A formação continuada deverá ser analisada num outro contexto, por ser mais dependente da iniciativa individual do que institucional.

9. Tendo em consideração, por agora unicamente, a formação pré-graduada, verifica-se que a eficácia e qualidade da sua concretização dependem dos seguintes factores principais:

- Objectivação das vertentes de ensino
- Metodologia de ensino
- Instalações para ensino
- Apetrechamento e funcionalidade orgânica das instituições em que decorre o ensino
- Preparação científica como mecanismo de renovação continuada do saber e actualização da competência profissional
- Fundamentação cultural, social e ética da actuação médica.

B. Carência de formadores e rácio docente-discente

O corte registado nos financiamentos das Faculdades de Medicina para orçamentos ditos de convergência, isto é, para um rácio de 1/6, conduziu nestes dois anos a situações potencialmente lesivas da qualidade de ensino médico e, portanto, da competência profissional do futuro licenciado.

As Faculdades de Medicina não poderão, daqui para o futuro, deixar que a situação continue como está, sob pena de serem responsabilizadas colectivamente por incúria e incompetência. As Faculdades de Medicina têm de dispor de recursos e legislação, adequados ao desempenho responsável da sua missão, o que não está a suceder.

O estratagema da figura de “docente livre” representa bem a situação desesperada em que as Faculdades de Medicina têm sido forçadas a funcionar. Em nenhuma outra instituição seria fácil encontrar profissionais dedicados e solidários com uma causa como são os médicos que, ano após ano, se têm disponibilizado, sem remuneração, a ensinar nas Faculdades de Medicina, para que estas possam cumprir no mínimo as suas atribuições, e os alunos (futuros colegas) possam aprender em condições razoáveis.

Todavia, esta é uma situação de emergência que não pode continuar. Não é de forma nenhuma normal nem (institucionalmente) saudável que, numa mesma Faculdade de Medicina, haja docentes que recebam remuneração e outros que nada recebam.

A necessidade de docentes livres é, afinal, a demonstração clara de que o rácio imposto é irrealista e lesivo do que se exige de uma instituição pública, que tem por obrigação formar médicos competentes.

C. Medidas a tomar de imediato

1. Adequar o rácio docente/discente às directivas da União Europeia para o ensino médico, ao estipulado no relatório da CIREM (aprovado por despacho conjunto das tutelas), e ao que o senso comum e experiência noutros organismos responsáveis pelo ensino médico recomendam. O rácio terá de ser corrigido dos valores aleatórios e muito prejudiciais que foram definidos para o curso de licenciatura em medicina, para níveis realistas de 1/3, tendo como base os seguintes critérios:

- Escolaridade mínima de 5.500h/ano
- Características de ensino tutelado no ciclo clínico, o que representa um docente para um máximo de 2 alunos em cada uma das vertentes de ensino

- Exigências metodológicas do novo plano curricular nos anos básicos e pré-clínicos, baseados no ensino-aprendizagem, em pequenos grupos de trabalho (6-8 alunos para cada docente, em cada uma das vertentes de ensino), e redução das aulas magistrais
- Reconhecimento da especificidade dos conteúdos das múltiplas vertentes de ensino incluídas no plano de estudos do curso de Medicina, embora este deva manter objectivos unitários e mais perspectivados para a promoção do médico pluripotencial, pelo que os seus docentes deverão possuir habilitações e competências adequadas.

D. Medidas a preparar para curto prazo

1. Modernização das instalações e equipamento para actuação pedagógico-científica, em condições comparáveis à dos restantes países que integram a União Europeia.

2. Atribuição de possibilidades às Faculdades de Medicina, para procederem à selecção dos seus alunos.

3. Modificações das normas e leis orgânicas que regulam a contratação de pessoal docente e não docente, de modo a conferir grande flexibilidade e capacidades de adaptação funcional a cada Instituição.

4. Definição de Centros Médicos Universitários, como instituições plurituteladas sob a presidência das Faculdades de Medicina, onde se ensina e pratica Medicina com carácter formativo.)

Uma Nova Atenção para o Ensino Médico*

1. Em 13 de Janeiro de 1998 decorreu em Caparide – uma povoação perto do Estoril – um encontro que poderá revelar-se decisivo para o futuro do ensino médico em Portugal. Terá sido iniciada nesse dia, finalmente, a preparação de um plano estratégico para o ensino da Medicina, considerado essencial e muito urgente por todos os principais intervenientes no processo.

2. Participaram na reunião os Ministros da Educação e da Saúde, Secretário de Estado do Ensino Superior, Director do Departamento do Ensino Superior, Director Geral da Saúde, Directora do Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, Bastonário da Ordem dos Médicos, Vice-Presidente do Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas (e também Reitor da Universidade de Lisboa), Directores, Presidentes dos Conselhos Directivos e Presidentes dos Conselhos Científicos dos cinco estabelecimentos universitários do ensino médico, além dos outros convidados especiais que desempenharam ou exercem funções junto dos dois ministérios. A representatividade e funções públicas dos presentes em Caparide expressa a importância que parece ser (agora) atribuída ao ensino médico, recolocado no centro das prioridades nacionais após décadas de marginalização efectiva.

3. As dificuldades e equívocos que têm perpassado pela formação médica tiveram as suas origens mais concretas em 1952. Nessa data os Hospitais Escolares, que eram tutelados pelo Ministério da Educação, passaram a sê-lo pelo Ministério do Interior e, após a sua criação, pelo Ministério da Saúde. Desde 1952 e até hoje decorreram 46 anos de coexistência nem sempre pacífica. As boas relações ocasionais entre os dirigentes máximos das Faculdades de Medicina e dos Hospitais Escolares não têm chegado para preencher o vazio criado por competências distintas e por uma legislação que, ao longo dos anos, muito tem contribuído para agravar aquele afasta-

* NE – In: Agenda da FML 1998; 77:1-2.

mento mútuo. Progressivamente, as condições de ensino clínico pré-graduado tornaram-se deploráveis, quer em termos de instalações e locais disponíveis, quer em docentes qualificados e motivados. O alheamento a que tem sido votada a formação médica em Portugal está na base da situação que se atingiu. Neste aspecto, foram nulas as repercussões do Relatório das Carreiras Médicas, não obstante as intenções que os seus principais dinamizadores publicamente expressaram, e o esforço, que então desenvolveram.

4. Curiosamente, a recente reunião de Caparide decorreu uma década depois da iniciativa de Lisboa, quando também os Ministros da Educação e da Saúde da época aprovaram (na presença de ministros e delegações de 25 Países europeus e de altos representantes de associações mundiais e europeias de educação médica e organismos de saúde) um conjunto de recomendações que visava a modernização do ensino médico nacional. É oportuno recordar que, por via do acordo então firmado, foi criada em 1989, por despacho ministerial conjunto, a Comissão Interministerial para a Revisão do Ensino Médico (CIREM), de que resultou um programa de renovação curricular aprovado em Janeiro de 1993 pelos dois ministros. Na sequência, foi nomeado um Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico com o propósito de preparar um projecto de legislação adequado para a concretização das propostas da CIREM. O relatório do grupo de trabalho foi entregue e aprovado em 1994. Todavia, as suas recomendações não tiveram o seguimento esperado. Dez anos passados não há legislação publicada sobre o assunto nem foram solucionados os muitos constrangimentos funcionais e estruturais que têm impedido o desenvolvimento de um ensino médico necessariamente mais inovador e qualificado.

5. Numa interpretação pessoal, as causas subjacentes a tão lamentável quanto gravoso (para o interesse nacional) evoluir descendente do sistema (conceptual e funcional) da formação médica derivam de duas posições, que se foram cristalizando ao longo dos anos. De um lado sobressai um alheamento continuado de anteriores responsáveis ministeriais pelo ensino médico, de tal forma que, ainda há poucos anos atrás, havia departamentos do Ministério de Educação que acreditavam ser o ensino médico da responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde. A segunda grande causa deriva do Ministério da Saúde não estar particularmente vocacionado (nem é a sua competência) para assumir responsabilidades pedagógico-científicas, pelo que algumas medidas que se revelaram limitativas para o ensino médico, pré-graduado partiram da defesa de interesses assistenciais prioritários. À margem também houve algumas tentativas de imposição de ideias e de decisões unilaterais, que muito prejudicaram a concertação de acções que se queriam harmónicas e eficazes. A criação de uma Comissão Permanente da

Reforma do Ensino Médico, por despacho de 5 de Julho de 1994 do anterior Ministro da Saúde, exemplifica o tipo de decisões que desfavorece bons relacionamentos interdepartamentais. De facto, na sequência de um despacho conjunto que, meses antes, aprovara o 6^o ano como ano profissionalizante que substituiria o internato geral, surge uma nova comissão, da iniciativa de uma das partes signatárias, que desfez aqueles acordos, ao separar a licenciatura da profissionalização médica. O internato geral foi, por essa nova comissão, considerado insubstituível um ano depois de ter sido aprovada a sua extinção: a nova comissão propõe que esse internato não seja inferior a um ano e seja desenvolvido no âmbito das estruturas profissionais pelos órgãos próprios do Ministério da Saúde. A confusão estava definitivamente instalada e ainda perdura até agora. Neste intervalo, quatro das Faculdades de Medicina deram início à revisão do programa curricular e puseram-no em acção no ano lectivo de 1995/96.

6. Face à descoordenação criada pela extinção da CIREM e do grupo de trabalho que se lhe seguiu, a par com as iniciativas e posicionamentos individualizados, foram surgindo algumas reacções institucionais. Em 30 de Junho de 1995 os Presidentes dos Conselhos Científicos das Faculdades de Medicina divulgaram um documento onde fazem o historial da situação, adiantam recomendações e advertem que, enquanto os problemas referidos não forem resolvidos a Declaração de Edimburgo e a Iniciativa de Lisboa não passarão de documentos sem utilidade. Em 28 de Outubro de 1996 a Sociedade Portuguesa de Educação Médica aprova por unanimidade uma proposta endereçada ao Governo, para a criação de um Conselho Nacional de Educação Médica, onde todos os assuntos respeitantes ao ensino e acções médicas possam ser apreciados e recomendados previamente, por todos os organismos com responsabilidades directas no assunto. Esta proposta mereceu o apoio pleno do VIII Congresso Nacional de Educação Médica, que coube à Faculdade de Medicina de Coimbra organizar em Janeiro de 1997.

7. Quase em simultâneo, em Novembro de 1996, decorreu no Palácio de S. Marcos, próximo de Coimbra, uma reunião médica que congregou a presença de 14 dos 15 Directores e Presidentes dos Conselhos Directivos, Pedagógicos e Científicos das cinco Escolas Médicas do País. Este evento deu início a uma série de reuniões mais restritas com um representante de cada estabelecimento de ensino médico. Este grupo foi formalmente reconhecido pelo Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas em Junho de 1997. Dos debates havidos foram definidos dois problemas críticos a requerer solução imediata: (i) aumento do rácio docente-discente pelo menos para 1/4 e (ii) definição do modelo de articulação funcional entre as Faculdades de Medicina e as Unidades do Ministério da Saúde, para uma melhor forma-

ção médica. Estes objectivos foram oportunamente comunicados aos Ministros da Educação e da Saúde, através da CRUP.

8. Como diz o ditado, “há males que vêm por bem”. Duas situações convergentes e muito “mediatizadas” nos últimos meses – o *numerus clausus* de medicina e o défice em médicos nas regiões mais periféricas, a ser agravado na primeira década do próximo milénio – vieram apressar algumas decisões pendentes e originaram, decerto, uma redobrada atenção pela problemática do ensino médico. Muito embora aquelas situações estejam a ser objecto de mais diversas interpretações e propostas de solução, algumas delas reveladoras do desconhecimento que reina sobre o que é e como deverá decorrer a formação dos futuros médicos, também parece que estimularam uma nova perspectiva pública para as carências e dificuldades que há décadas vinham sendo insistentemente apontadas pelas instituições de ensino médico.

9. A preparação de um plano estratégico para o ensino médico deverá pois ser enquadrada neste contexto: é uma emergência imposta por necessidades e pressões concretas da sociedade, mas é também a saída que resta para uma solução racional dos problemas específicos que há muito ultrapassaram os muros académicos para se projectarem na qualidade do exercício de uma profissão responsável e na qualidade de vida da população que dela beneficia.

10. Todavia, uma coisa é certa: para que a “caminhada de mil passos seja feita, há que dar o primeiro passo”. E este decorre necessariamente do entendimento das carências concretas das Faculdades de Medicina e da resolução de um modelo funcional, que não pode nem deve ficar sujeito a poderes sectoriais ou ao peso relativo dos orçamentos. No fundo, não haverá resolução das dificuldades do ensino médico, nem a assistência médica adquirirá a qualidade e eficácia desejadas, enquanto o modelo de formação dos futuros e directos dinamizadores da saúde não decorrer num relacionamento funcional flexibilizado e inequívoco, que admita algumas cedências parcelares e também aceite especificidades. Na verdade, nem as Faculdades de Medicina são idênticas a qualquer outra instituição de ensino superior, nem as unidades de saúde onde decorre o ensino médico podem ser iguais a quaisquer outras do Sistema Nacional de Saúde com funções exclusivamente assistenciais. A Comissão para o Ensino Médico a ser aprovada por despacho conjunto dos Ministros da Educação e da Saúde, aguardado a todo o momento, terá a incumbência de recuperar o tempo perdido e de possibilitar o desenvolvimento harmonioso de um sistema complexo até ao objectivo final: *uma melhor educação médica para uma melhor qualidade dos cuidados de saúde e progresso continuado da ciência médica.*

A Formação para a Saúde no Próximo Século*

1. O Ministério da Saúde, através da sua Direcção-Geral, fez publicar em anos sucessivos três documentos-base importantes, que justificam destaque especial:

- Saúde em Portugal – uma estratégia para o virar do século (1996)
- A Saúde dos Portugueses (1997)
- Estratégia da Saúde 1998-2002 (1998)

Através daqueles documentos, depois de analisada a situação actual, são sequencialmente definidas metas, estabelecidas linhas de rumo e é perspectivado o horizonte desejável para a Saúde em Portugal na próxima década.

Num dos prefácios, a Senhora Ministra da Saúde** dá relevo ao início de um pensamento estratégico que é também um compromisso público visando a continuação das respectivas orientações. O plano estratégico centra-se em cinco grandes objectivos, com destaque para (1) ganhos de saúde para a população portuguesa, (2) desenvolvimento de unidades locais de saúde articuladas com uma rede de referência hospitalar, (3) reformulação dos recursos humanos na saúde, (4) concepção de um novo modelo de financiamento que promova ganhos de saúde, e (5) adopção de uma dimensão europeia e de cooperação com os países e comunidades de expressão portuguesa.

2. Os objectivos definidos na estratégia da saúde para o nosso País devem ser também entendidos, como recomendações pertinentes para a formação médica pré-graduada. E, nessa perspectiva, deverão as Faculdades de Medicina incluí-las nos seus planos de estudo com a metodologia e o aprofundamento que se entendam mais adequados às circunstâncias. Esta atenção das Faculdades de Medicina às necessidades e previsões do Ministério da

* NE – In: Agenda da FML 1998; 78:1-2.

** Dra. Maria de Belém Roseira

Saúde terá vantagens acrescidas para ambas as partes. Por um lado, a formação médica poderá ser direccionada para aspectos concretos e alvos estratégicos bem delimitados, enquanto do lado do Ministério passará decerto a haver uma melhor e mais eficaz acção assistencial, protagonizada por jovens licenciados preparados para situações específicas – não só clínicas mas também circunscritas à vida humana e ambiente social onde os cidadãos vivem – que, até hoje, nem sempre têm sido devidamente considerados. Daí que adquira plena actualidade a inclusão de acções formativas complementares no domínio do ciclo vital e familiar, factores de risco, factores protectores, meio ambiente e patologias que actualmente constituem graves problemas de saúde pública e de distúrbios sócio-económicos.

3. É óbvio que a amplitude da formação médica sob a responsabilidade das Faculdades de Medicina excede largamente os horizontes mais próximos e as necessidades actuais. Não poderá contudo ignorar ambos. Também seria pedagogicamente inconveniente – para a Medicina e para os doentes – que a formação médica ministrada pela Faculdade de Medicina descurasse as actuações curativas e prospectivas. Na realidade, a saúde é um alvo demasiado vulnerável e sob influências múltiplas, cujo controlo está, na generalidade dos casos, fora do alcance dos mais organizados sistemas da saúde actuais, e, quiçá, também futuros. O renascer das velhas pragas da humanidade, quase incontroláveis, a par com o desenvolvimento de situações desconhecidas e ainda irremediáveis, demonstra bem a fragilidade dos recursos técnicos e dos conhecimentos biomédicos. E sem uns nem outros, o que significa a prevenção?

4. Das palavras anteriores ressalta à evidência a necessidade de preparar os futuros médicos para três grandes objectivos gerais: saberem pensar clinicamente, manterem-se actualizados e saberem comportar-se com humanidade e compreensão social perante as realidades do meio em que actuam. Este conjunto ideal constitui a “mola-real” para a eficácia clínica, sem a qual de nada (ou muito pouco) servem tantas canseiras e preocupações públicas com as carências de médicos para as vagas em aberto no sistema da saúde nacional. Mais ainda do que os milhares dos novos médicos que vem sendo reclamados, há que privilegiar a qualidade da sua formação e as capacidades intrínsecas que os caracterizam. Atender um doente (mais vulgarizado, lamentavelmente, como utente) é estudá-lo, perceber-lhe o idioma (nas suas múltiplas frases idiomáticas e ditos populares), entender-lhe o sofrimento e problemas (humanos, familiares e sócio-económicos), saber observá-lo (como ser que procura compreensão e que lhe restaurem a confiança), saber actuar tecnicamente, entre um sem-número de outros pequenos-grandes actos que desde sempre constituíram a “arte médica”. Atender um doente

não pode ser por isso um exercício burocrático, quase de atendimento ao guiché por um funcionário que tem a licenciatura em Medicina, nem ficar reduzido às estatísticas do profissional a quem compete “atender” 1.500 doentes, para que as estatísticas fiquem certas e a população satisfeita.

5. A formação de qualidade reclama, naturalmente formadores, instalações e apetrechamento também com qualidade; exige também um sistema interactivo (Educação-Saúde) clarificado na sua actuação e extirpado dos equívocos que o tem desprestigiado e minimizado ao longo de décadas. Finalmente, quanto às qualidades humanas e académicas dos futuros médicos, que sejam as Faculdades de Medicina a avaliá-las, assumindo as responsabilidades por isso, no âmbito de uma autoridade que lhes recai por direito natural. Apenas uma condicionante se justifica adiantar: que as condições de trabalho há muito reclamadas pelas Faculdades de Medicina e que as modificações funcionais que venham a verificar-se sejam coordenadas a nível nacional, evitando-se assim o lamentável desacerto a que, a propósito da modificação curricular se vem assistindo desde 1994.

6. A Comissão para o Ensino Médico, aguardada a todo o momento, terá mandato decisivo na reorganização da formação médica e, por arrastamento, também na definição das condições que lhe vão determinar a sua eficácia e qualidade para um horizonte que, no mínimo, se deseja equivalente ao dos restantes países da União Europeia.

Avançar Lateralmente?*

Os antigos gregos resumiram na palavra *Kairós* o momento único em que tudo parece congrega-se favoravelmente para o sucesso de um empreendimento. A ocasião única não aparece muitas vezes, mas sucede. É o momento para avançar, o instante em que existem as pessoas certas, em que se vive o consenso aparente de ideias e estratégias. Falta somente pôr em marcha o processo, dar o primeiro passo, para que do sonho se passe à realização de um “novo mundo”.

Haverá muitos de nós que já tiveram essa presciência de *Kairós*. Nessa predisposição, acreditou-se em políticas, em pessoas, em grupos de trabalho, em conceitos e, nalguns casos, perpassou a convicção de que era “aquele o momento”, em que tudo estava certo, no seu lugar e no tempo, para que, finalmente, fosse concretizado um determinado objectivo há muito almejado.

As palavras anteriores aplicam-se também, sem reservas de maior, ao programa curricular, à reforma do ensino médico, a uma reformulação da educação, a uma nova, revigorada e funcional reestruturação da saúde, e a um sem número de outras realidades nacionais a que a cidadania nos dá direito.

A ocasião única parecia ter chegado para a formação médica pré-graduada em Janeiro de 1998, na sequência de uma larga convergência de ideias e perspectivas institucionais. Num ambiente de esperança aconteceu Caparide e, de imediato, foi publicada uma resolução governamental que criou três grupos de trabalho para, entre outras incumbências, elaborar um plano estratégico para a formação médica, para a reestruturação do ensino pré-graduado no sentido de um modelo inovador de âmbito pedagógico-científico, e para a redefinição de formas de articulação institucional para o ensino clínico.

Durante este ano, os membros designados por cada instituição para aqueles grupos de trabalho participaram empenhadamente numa série de sessões de trabalho, convictos de que as horas despendidas na procura de consensos e de redacções cuidadas não eram horas perdidas em vão. E assim foi

* NE – In: Boletim da SPEM 1998; III Série, 8 (3): 1-3.

produzido e apresentado ao Governo, em princípios de Julho, o projecto de diploma que normalizaria a estruturação do novo plano curricular. Alguns meses depois foram igualmente submetidas as propostas dos grupos de trabalho designados para reflectir sobre a criação de novos pólos de ensino médico e, finalmente, em Novembro acaba de ser apresentado um documento preliminar que inclui propostas sobre modalidades de articulação inter-institucional para o ensino clínico e um conjunto de outras reflexões, no âmbito da formação médica e na área da saúde.

“Sobre a mesa” passou a haver elementos de reflexão suficientes para que algumas coordenadas fundamentais fossem traçadas, em particular as soluções conjuntas que vinham sendo reclamadas com insistência pelas instituições do ensino médico. Entre outras, havia (e continua a existir) um consenso máximo das Faculdades de Medicina em dois pontos: primeiro, uma indispensável correcção dos critérios de financiamento institucional baseada em valores do rácio docente-discente (inacreditavelmente abaixo do que seria razoável); em segundo, a evidente necessidade de um novo modelo de funcionamento e gestão que permita assegurar um ensino clínico responsável e eficaz. Adicionalmente, as instituições do ensino médico consideravam inadivável a publicação da legislação de enquadramento da revisão curricular em curso, de que se conhecia uma primeira tentativa datada de 1994.

Com a resolução nº 140/98 de 19 de Novembro, o Governo decidiu criar *imediatamente* dois novos cursos de licenciatura em Medicina e Ciências Médicas em duas localidades distintas do País, ao contrário da metodologia proposta pelo grupo de trabalho interministerial designado para o efeito. Por outro lado, foram introduzidas diversas medidas que possibilitam seis conclusões principais: primeiro, a solução para as deficiências e dificuldades do ensino médico vividas pelas actuais Faculdades e Instituto Biomédico emanará essencialmente por via da criação de novas Faculdades com “projecto inovador”; segundo, as novas Faculdades disporão das “condições objectivas e exigentes” à concretização do modelo inovador de formação (médica) e de organização funcional adequada; terceiro, presume-se que as actuais Faculdades prosseguirão, entretanto, com os trabalhos de reestruturação curricular e de redefinição das formas de articulação institucional para o ensino clínico, sendo as medidas necessárias àqueles objectivos propiciadas através de contratos de desenvolvimento e/ou contratos-programa; quarto, a formação médica será enquadrada no âmbito mais globalizante do desenvolvimento das ciências da saúde; quinto, a Saúde é considerada uma área prioritária cujo desenvolvimento será fomentado por financiamento especial; sexto, a dinamização e o acompanhamento da aplicação das decisões governamentais (para as actuais e futuras Faculdades) decorrerão no âmbito de um grupo de missão que integra representantes de seis ministérios e pode integrar “peritos em áreas técnicas relevantes”.

Infelizmente, porém, nenhuma das medidas explicitadas contribui para as soluções de emergência reclamadas pelas actuais instituições do ensino médico. Admitindo que as correcções requeridas e o modelo de gestão e articulação para o ensino clínico são definidos e autorizados no decurso de 1999, *haverá que esperar, no mínimo, dois anos* para que comecem a ser notadas algumas melhorias no funcionamento institucional e na qualidade da formação médica.

Não se antevê, também que as novas Faculdades de Medicina venham a contribuir para a resolução das (discutíveis) carências em médicos no País antes do ano de 2010. Haverá que preparar logísticas e recursos humanos qualificados (em formação médica, entenda-se), o que não será obviamente o mesmo que abrir universidades de “vão-de-escada e de lápis-e-papel”, segundo o modelo originalíssimo que caracterizou uma parte relevante do ensino superior em Portugal na última década e meia.

Tendo em consideração o exposto, afigura-se concluir que os últimos dois a três anos consumidos em reuniões e reflexões, de que resultaram recomendações e propostas concretas por comissões *ad hoc* ou designadas pelo Governo, tiveram discutível utilidade para a decisão que este acaba de assumir; em segundo lugar, confirma-se que a criação de novas Faculdades de Medicina era, para o Governo, um problema (político) fundamental e urgente, agora resolvido; terceiro, o dia-a-dia atribulado que se vive há anos nos cenários de ensino pré-graduado de Medicina parece não ser, para o Governo, tão urgente, podendo esperar por soluções que há chegar, um dia; quarto, as solicitações urgentes das Faculdades de Medicina, as recomendações e conclusões dos Congressos de Educação Médica (nacionais ou internacionais), o que a Sociedade Portuguesa de Educação Médica congrega em ideias e metodologias propostas têm pouco ou nenhum valor para quem decide sobre o ensino médico em Portugal.

Estamos ainda numa estrada (muito) poeirenta em que é difícil vislumbrar quem são os companheiros de caminho bem como o destino para onde nos dirigimos. Os próximos meses são decisivos para se entender melhor o que se passa. Mas uma coisa é possível concluir: este *Kairós* continua adiado.

As Dificuldades da Mudança na Incerteza do Conceito*

1. O começo de 1998 trouxe, com a reunião de Caparide, uma lufada de esperanças às instituições nacionais do ensino médico. Configurava-se no horizonte um conjunto de decisões inadiáveis sobre a reestruturação do ensino médico pré-graduado, sobre a redefinição dos modelos de articulação entre aquelas instituições e unidades clínicas, e sobre a avaliação das necessidades qualitativas e quantitativas da formação médica, com particular ênfase no desenvolvimento da investigação.

2. A resolução do Conselho de Ministros nº 45/98 de 11 de Março deixou bem expressas as preocupações do Governo, ao acentuar a premência de “um plano estratégico para a formação médica que permita... tomar as medidas que se revelem apropriadas a uma profunda reforma de ensino das ciências da saúde em Portugal”.

3. Em complemento do despacho conjunto nº 130/98 de 25 de Fevereiro, que havia criado a Comissão de Educação Médica (com a incumbência de propor legislação integrada para o ensino de Medicina), e do despacho conjunto nº 281/98 de 4 de Março que criara um grupo de trabalho para a preparação de um plano estratégico para a formação médica (incluindo a perspectivação de formação continuada, a identificação de modelos de articulação entre as instituições de saúde e as de ensino médico para a formação pré-graduada, e a articulação entre esta e o. internato geral), a resolução de 11 de Março acrescentou duas outras decisões principais: (i) tomar medidas para “o aumento progressivo de número de vagas para os cursos da área da saúde nos estabelecimentos de ensino já existentes, de forma a assegurar a cobertura das necessidades necessárias à formação neste domínio” e (ii) criar um grupo de trabalho para “elaborar uma proposta de criação de pelo menos uma nova unidade pública de ensino superior no domínio da saúde”.

* NE – In: Agenda da FML, 1999; 98; 1-3.

4. Na generalidade dos casos, os trabalhos cometidos àqueles grupos foram dados por concluídos, e as deliberações anunciadas foram concretizadas no decorrer de 1998. Na realidade, porém, o projecto de legislação sobre o novo plano curricular, não obstante ter sido concluído e apresentado para aprovação ministerial há cerca de 6 meses, aguarda decisão final. Esta decisão, de acordo com as recomendações da comissão que preparou o projecto de legislação curricular, dependeria da satisfação de um conjunto de condicionais considerados indispensáveis para a formação médica pré-graduada, a serem solucionados na proposta do grupo de trabalho para o plano estratégico. Atendendo a que os trabalhos deste grupo ainda não estão completados, nem foram ainda definidos claramente os modelos de articulação e de gestão entre as unidades do ensino médico e as unidades do Sistema Nacional de Saúde, assiste-se a um impasse de duração imprevisível.

5. Em contraste, foram rapidamente determinadas pelo Governo as restantes deliberações, concretizadas pelo aumento do número de vagas nos cursos de licenciatura existentes e pela recente criação de dois novos cursos de Medicina em universidades periféricas. Como justificação oficial para ambas as medidas foi adiantada a tese da carência de médicos para prestação de cuidados de saúde primários e, também, em algumas áreas de âmbito mais especializado. Aquela tese tem sido reforçada por indicadores preocupantes, em que se destacam a idade elevada de uma fracção significativa dos clínicos em exercício e se antevêm níveis de aposentação maciça nos próximos dez a quinze anos, largamente superiores ao total das licenciaturas anuais previstas para o mesmo período, a manter-se o ritmo actual. Perante tais “argumentos de pré-catástrofe”, alguns dos quais gerados em interesses estranhos à Medicina, quase que passaram despercebidos (ou foram ignorados) os apelos e avisos consecutivamente enviados pelos órgãos de gestão das Faculdades de Medicina e por um sem-número de individualidades respeitáveis e sensatas.

6. Na generalidade, as instituições e individualidades que têm posto em causa a necessidade de mais médicos e de mais Faculdades de Medicina, basearam-se igualmente em estatísticas e argumentos credíveis, alguns dos quais comuns, embora utilizados em sentido oposto por cada fracção. Assim, a principal diferença entre ambas as posições estará mais na substância e na forma em que são interpretados os problemas. De facto, para este segundo grupo, em que se inclui a maioria dos órgãos e gestão e dos responsáveis pelo ensino médico pré-graduado, a questão fundamental não está na quantidade dos médicos mas, essencialmente, na qualidade e na qualificação dos clínicos actuais e futuros, a par com os modelos de gestão e recursos humanos exigíveis à escala nacional.

7. A qualidade da formação médica e o sistema em que essa formação de qualidade tem de ocorrer são requisitos inadiáveis na pretendida reforma de ensino médico nacional. Por essa razão houve que organizar a reunião de Caparide e nela se justificam as resoluções então tomadas. Todavia, uma coisa é encontrar respostas imediatas que vão ao encontro dos anseios individuais, outra é resolver problemas complexos que interferem com sistemas e poderes enquistados que há muito aguardam soluções racionais. No caso presente, as soluções requeridas incidem nas condições em que terá de ocorrer a formação médica pré-graduada e, ipso facto, no que haverá a mudar em logística, modelos de gestão e recursos humanos, todos indispensáveis àque-la finalidade.

8. A complexidade subjacente às mudanças conceptuais exigíveis e a resistência oposta por intervenientes diversos a essas mudanças justificam plenamente as dificuldades (naturais) enfrentadas pelo grupo de trabalho indigitado para o plano estratégico da formação médica. Nesta conjectura uma coisa é certa: enquanto essas dificuldades e resistências não forem ultrapassadas, o ensino clínico continuará com as insuficiências inaceitáveis que têm caracterizado a formação pré-graduada nas décadas mais recentes.

9. Ao terminar a ano de 1998 sobrevieram novos problemas, uns previsíveis, outros inesperados. Assim, numa reacção coerente à decisão governamental que criou novos cursos de licenciatura em Medicina (enquanto as mais antigos, sem êxito, há muito reclamam soluções compatíveis às responsabilidades que lhes cabem), os docentes livres da FML anunciaram que deixarão de colaborar (gratuitamente) no ensino a partir do mês de Fevereiro próximo.

10. Quase em simultâneo, os meios de comunicação social divulgaram a ocorrência de permutas fraudulentas entre candidatos ao ensino superior que, não tendo ficado colocados em Medicina, terão adquirido a posição a outros colegas que lhes disponibilizaram a vaga. A inexistência (ainda) de restrições legais a este processo veio acrescentar mais um mecanismo de acesso ao curso de medicina em que, a par de um contingente de alunos que entram com classificações elevadíssimas, existem processos que possibilitam o ingresso a um universo (relevante) de outros candidatos, qualquer que seja a sua classificação: uns por terem condições de acesso idênticas aos do último classificado do *numerus clausus* (o que se traduz num potencial inimaginável de candidatos “repetidos”, outros por alegados erros de classificação e cuja reclamação foi atendida (idem), outros por serem atletas com estatuto de “alta competição”, outros por serem de países e comunidades de expressão Portuguesa, outros por serem das regiões autónomas, outros por serem

filhos de militares ou diplomatas em missão oficial no estrangeiro, outros por estarem entre os restantes condicionalismos atendíveis na categoria dos candidatos supranumerários. É desnecessário acrescentar que, por via destes mecanismos, previstos na lei do acesso ou “descobertos” por iniciativa individual, é impossível prever quantos alunos ingressam anualmente em cada Faculdade de Medicina além do contingente normal que cada instituição considera apropriado receber, e para o qual dispõe de condições mínimas de ensino e funcionalidade. Resta acrescentar que o número (aproximado) de inscritos é conhecido somente durante o mês de Outubro, o que inviabiliza naturalmente a gestão dos recursos humanos para o programa definido.

11. O excesso de candidaturas e a procura de um lugar no curso de Medicina está, na realidade, a criar situações de pressão inaceitável sobre as instituições de ensino médico e dos seus mais directos responsáveis. O desagradável rescaldo do concurso que a FML abriu em 1998, para transferência de candidatos de outros cursos e sistemas de ensino para o reduzidíssimo número de vagas disponibilizadas, ainda perdura na memória colectiva, ao ponto de se considerar inoportuna a sua repetição em anos futuros.

12. Um outro acontecimento com desenvolvimento imprevisível diz respeito às pretensões manifestadas pelo Ministério da Defesa em conferir (por si ou co-atribuir) a licenciatura em Medicina (e também em medicina dentária, farmácia e veterinária) a candidatos destacados directamente de cada ramo das forças armadas, com o propósito de resolver as suas próprias carências em quadros militares. Naturalmente que a proposta, além de surpreendente, justificou uma reunião do Conselho de Reitores e dos órgãos directivos das Faculdades de Medicina nacionais em Aveiro, no passado dia 22 de Dezembro.

13. Por conseguinte, o início de 1999 não se afigura fácil para a FML, assim como para os restantes estabelecimentos públicos do ensino médico. E, num âmbito mais lato, também para o que a Medicina, como profissão e ciência, está a significar a diversos níveis da sociedade nacional neste fim de século.

Finalmente, como mensagem para o novo ano, recordarei, como alguém já disse, que “os obstáculos são apenas aquilo que temos de ultrapassar”.

Acrescentaria que o “ façamos juntos e consensualmente”.

A Legitimidade do Conhecimento e da Experiência Institucional para as Soluções Necessárias*

1. O IX Congresso Nacional de Educação Médica foi um acontecimento marcante neste começo do ano, no panorama do ensino médico em Portugal. Tendo sido conferida à Faculdade de Medicina de Lisboa a incumbência da sua organização, e delegada no Professor Gomes Pedro a responsabilidade da sua presidência, rapidamente nasceu um programa ambicioso em que a qualidade global ficou desde logo assegurada por um conjunto de conferencistas que lideram, a nível mundial, a inovação e a perspectiva conceptual da formação médica contemporânea.

2. Por via da estratégia que adoptou e com base no entusiasmo e competência (múltiplas vezes confirmada) do grupo coeso que dinamiza no Departamento de Educação Médica, foi posto de pé um programa meticuloso e de grande nível em qualquer parte do Mundo. Não trairei confidências, antes anteciparei realidades, de que, pelo êxito agora conseguido virá a ser confiada à FML, em futuro próximo, a organização de um congresso europeu sobre educação médica.

3. Por tudo o que conseguiram e pelo muito que deram de si naquela “empresa”, é a Comissão Organizadora do IX Congresso Nacional de Educação Médica merecedora do reconhecimento público de todos que nele participaram, de todos os que em Portugal lutam pela dignificação da formação médica de qualidade, e particularmente, dos órgãos de gestão e membros activos da FML.

4. No período de dois anos decorridos entre o VIII Congresso de Coimbra e agora o de Lisboa, houve tempo para consolidar ideias e germinar propostas de trabalho que possibilitassem a resolução das principais dificuldades e constrangimentos que limitam, reconhecidamente a eficácia do ensino médico. O ano de 1998 assinalou uma clara mudança de atitude por parte

* NE – In: Agenda da FML, 1999; 101:1-2.

dos principais intervenientes no processo educacional. Os grupos de trabalho e as comissões nomeadas no âmbito da resolução governamental subsequente a Caparide produziram propostas e documentos, dos quais apenas resultou a decisão de criar dois novos cursos de medicina e/ou de ciências da saúde com características inovadoras, em cidades periféricas.

5. Vieram também a lume decisões que viabilizam a formalização de um “novo” e inaceitável modelo de hospital universitário, foram anunciadas medidas sobre o ensino médico que as instituições em campo ainda não debateram, e continuam por resolver (superiormente) problemas antigos que há muito contribuem para as dificuldades das actuais Faculdades de Medicina nacionais.

6. Nas sessões do IX Congresso foram exaustivamente repetidos os argumentos que as Faculdades de Medicina vêm invocando a favor da missão que lhes compete assegurar. A recente decisão governamental de, a partir do ano 2000 e pelos anos subsequentes, atribuir prioridade à área da Saúde, em que se inclui o ensino médico, constitui motivo para alguma esperança, aqui temperada com também natural cepticismo.

7. As recomendações e conclusões finais do IX Congresso Nacional de Educação Médica são claras e incontornáveis, perante o estado da crise que aí se concluiu, e que cito:

“As Faculdades de Medicina nacionais não têm condições para desenvolver, com responsabilidade, a formação médica necessária no ciclo clínico

Neste sentido, entendem as Faculdades de Medicina que se impõe:

(i) A publicação de diploma legal do novo plano curricular; (ii) A definição urgente de uma articulação flexível entre os sistemas de Educação e de Saúde; (iii) A viabilização de modelos que possibilitem a contratação imediata de docentes com funções tutoriais na área clínica”.

8. Entre as convicções que têm orientado o Homem ao longo das épocas existe um aforismo que nos diz que encontraremos aquilo que procuramos, e veremos aquilo em que acreditamos. Neste caso há que acreditar em que a melhoria da assistência médica e o progresso da Medicina dependem de outras formas de actuação e, conseqüentemente, de outros modelos de formação. A inovação no ensino médico não se cria por decreto mas pelo pensamento e pela experiência vivida dos seus praticantes, conhecedores e responsáveis directos.

Apesar das enormes dificuldades subjacentes e de a nossa voz colectiva não ser ainda entendida, a inovação médica está de facto a ocorrer na Faculdade de Medicina de Lisboa.

O Direito à Indignação*

...perante a manutenção de um sistema contratual inaceitável para colaborações eventuais flutuantes e, também, para colmatar dificuldades na formação clínica pré-graduada (óbvias para os que têm responsabilidades docentes e sentido ético na formação dos futuros médicos mas, aparentemente, ininteligíveis pelas instâncias superiores) algumas das Faculdades de Medicina têm beneficiado ao longo dos anos dos préstimos de médicos hospitalares e de outras unidades do Serviço Nacional de Saúde, que acedem a ensinar obscuramente alunos dos diversos anos do curso. A figura dos “docente livre” tomou-se o símbolo da generosidade e da solidariedade próprias da Medicina, na linha das recomendações hipocráticas, pelas quais *“ensinarei o conhecimento global da medicina tanto aos meus filhos e aos daquele que me ensinar, como aos alunos abrangidos por contrato e por pensamento médico, mas a mais ninguém”*.

Todavia, o recurso aos docentes livres está comprometido a prazo por diversas razões. Em primeiro lugar, porque a generosidade depende também da disponibilidade e esta é, para os médicos no SNS, virtualmente inexistente. Depois, porque ninguém que se ofereça para ensinar gosta de ouvir um Ministro da Educação afirmar, em sessão pública do Congresso Nacional de Educação Médica realizado em Janeiro de 1999, que todos os médicos hospitalares têm a *obrigação* de ensinar os alunos de Medicina. Em terceiro lugar, quem se oferece para ensinar gratuitamente (porque lhe é dito não haver verba para melhorar as precárias condições de formação pré-graduada nas Faculdades de Medicina pré-existent) não compreende que venham a ser criadas novas Faculdades de Medicina (a que correspondem dotações suplementares de muitos milhões de contos) sobre as quais todos os pareceres responsáveis foram unanimemente negativos. Finalmente, o recurso aos docentes livres não pode nem deve ser uma prática habitual senão em situações muito excepcionais, isoladas ou transitórias. De facto, a formação médica pré-graduada não pode nem deve ser entendida pelos poderes públicos à semelhança da caridade praticada

* NE – In: Boletim da SPEM 2000; V Série, 10 (1): 1-3.

durante séculos pelas Misericórdias; “*dar o que se pode e quando há*” não é, efectivamente, a solução que se pretende nem, de modo nenhum, será desejável num País da Comunidade Europeia.

O caminho a seguir não tem segredos e tem precedentes internacionais bem estabelecidos. Há que rever com determinação e eficácia onde e como ensinar (profissionalmente) nas unidades clínicas do SNS, definir legislação flexível que permita a vinculação dos serviços clínicos e dos seus médicos mais credenciados, definir claramente o período de tempo reservado para formação, admitir que esse período de formação requer financiamentos compensatórios para as unidades assistenciais, estabelecer critérios de avaliação rigorosa sobre a participação dos serviços do SNS e dos seus clínicos contratados para o ensino, enfim, definir novas regras de gestão formativa, flexíveis e adaptadas aos condicionalismos emergentes.

Por ser imenso o trabalho de renovação administrativa, legal e institucional, ainda a realizar, por terem passado dois anos desde que se alcançaram consensos desbloqueadores sem que nenhum dos aspectos críticos citados tenha sido solucionado, e por ser já em Outubro próximo que se inicia uma fase da formação médica vivencial cujo êxito depende da satisfação (ainda por concretizar) de todas aquelas premissas, resta concluir que, embora os caminhos referidos não tenham segredos, têm, e continuam a ter, demasiados obstáculos. A incúria, o desconhecimento, a resistência à mudança ou, somente, conflitos simples de interesses estranhos, estão a interferir muito decisivamente na formação médica de forma a justificar o *direito à indignação*.

Urge uma “Caparide 2”, como símbolo da reunião havida em Janeiro de 1998 em que *todos* também estiveram presentes e representados para debaterem o modelo, as dificuldades e as soluções para uma melhor “formação médica para uma melhor assistência e progresso científico da Medicina”.

A direcção da SPHM, em colaboração com as Faculdades de Medicina, a Ordem dos Médicos e a Associação Nacional de Estudantes de Medicina, continuará a promover debates de reflexão sobre a fase final do ciclo clínico e o início da vida profissional, e tudo fará para que a formação médica pré-graduada em Portugal venha a ser o que *todos* desejarmos.

Que se Consultem e Atendam às Luzes Médicas*

Em publicação recente¹ é-nos recordada a mensagem do Professor Assis Vaz, docente de Clínica Médica da Escola Médico Cirúrgica do Porto na lição inaugural do ano lectivo que proferiu em 1839: “*se a saúde he o primeiro dos bens, a Medicina deve ser a primeira das artes. Na vida civil, política e administrativa, he ella da mais alta importância, pela necessidade de se recorrer todos os dias às luzes de Facultativos, para pronúncia sobre a vida, sobre a honra, e sobre a fortuna de cidadãos. Tão caros interesses não se podem confiar a homens inexperos, sem a necessária instrução, e sem huma educação regular*”.

A reconhecida importância que a formação humana, cultural e académica ocupa entre os predicados indiscutíveis do médico, a riqueza interior e a qualidade requerida por aqueles que se disponibilizam a dedicar a sua vida a cuidar dos seus semelhantes, a solucionar as suas doenças do corpo e maleitas do espírito, não é surpresa para nenhum clínico nem sequer para os jovens que, mal sabendo o que é a vida, já manifestam vocação e lutam arduamente por um lugar nas Faculdades de Medicina. Porém, aqueles princípios solidários e *pulsões* profundas por uma vida exigente e dedicada a decidir sobre a vida e sobre a morte dos que se lhes confiam como doentes, não tem recebido a devida aceitação nem audiência por parte dos responsáveis governamentais pelas instituições públicas nacionais. Já em 1851 o Professor Furtado Galvão, também lente de Clínica Médica na mesma Escola afirmava: “*tenho fé de que virá o tempo em que as luzes médicas serão consultadas e atendidas para confecção de novas leis e regulamentos*”.

Isto é, ontem como hoje o desconhecimento e/ou falta de entendimento das realidades em que assenta a formação médica e em que decorre a prática clínica afigura-se um problema *major*. Mais do que incompreensão de léxico, parece apanágio cultural neste País não se atender às “luzes médicas” que se esforçam por demonstrar o que é evidente e consensual.

* NE – In: Boletim da SPEM 2000; V Série, 10 (2): 1-4.

¹ Prof.ª Doutora Amélia Ferraz, In: Escola Médico-Cirúrgica do Porto (1836-1901), Arquivos de Medicina 1997; 11:7-9.

Eventualmente continuam a persistir em campo demasiadas opiniões pessoais, ideias feitas (sabe-se lá aonde), interesses paroquiais e outros, decerto legítimos para quem os tem e defende mas alheios, de todo, aos desígnios da formação e da profissão médica. Neste propósito não resistimos em concordar com o escritor sueco Ame Hirdman, quando afirmava que as “*opiniões tendem a comportar-se como os pregos, fáceis de meter mas difíceis de tirar*”.

A recente, evolução da Universidade para um estatuto de macro-escola quase só ensinante – forçada a despojar-se (por não ser financiada) de objectivos inalienáveis e capacidades operacionais para novos saberes geradores do progresso, a par com a convergência orçamental imposta à sua funcionalidade (com base num ratio docente-discente que não cessa de originar acessas reclamações) – está indubitavelmente na origem de um conjunto de equívocos, omissões e de erros estratégicos que muito têm contribuído para o continuado agravamento das condições em que decorre o ensino médico no nosso País. Mais parece consolidar-se a convicção de alguns altos responsáveis de que o ensino médico difere dos outros cursos de licenciatura somente em duas coisas: na *designação* e no *ratio pré-estabelecido* (por via administrativa) em 1994. Nesta trincheira de palavras, reforçada por um conjunto de medidas legislativas que, lentamente, foram corroendo o cenário antes centrado no médico e na *Medicina*, transmutando-o para o da *Saúde* e dos seus técnicos (ou agentes), decorre uma luta desgastante (e iníqua) para quem defende os valores da Medicina e a qualidade requerida na formação dos futuros médicos.

Nada mais incorrecto e penalizador para uma tradição formadora (que, há milénios, se fundamenta em valores humanísticos e objectivos altruístas, a que acresce uma sólida preparação científica e de adestramento técnico e tecnológico insuperáveis, orientados para finalidades precisas) do que consentir-se que venha a ser apreciada, decidida e gerida, nas suas múltiplas dimensões por quem, não sendo médico, não entende nem procura conhecer as razões que unicamente requerem medidas dimensionadas. Na realidade, se muitas das intenções ficam por atingir, se continuam a persistir lacunas na formação biopsicosocial exigível, se a preparação profissional não atinge as dimensões perspectivadas, haverá justificados motivos para se analisarem as instituições em que recai a responsabilidade do ensino médico, sem esquecer, naturalmente, os constrangimentos orçamentais e administrativos em que lhes é determinado funcionarem, as medidas absurdas que foram (e, pelos vistos, vão continuar a ser) influenciadas por interesses e pessoas alheias à Medicina. Por conta dessas intromissões sem competência flúem as “ideias-feitas”, que condicionam bloqueios superiores ou soluções aberrantes, por vezes mascaradas de interesse nacional.

Na opinião de um anterior responsável ministerial em audiência concedida há alguns anos aos órgãos directivos de todas as instituições de ensino

médico, as Faculdades de Medicina nacionais seriam as únicas responsáveis pela iniciativa da revisão curricular, pelo que os encargos financeiros excedentários jamais seriam suportados pelo Orçamento do Estado. Ora como se sabe e está escrito, esses encargos foram previstos (como princípio) em 1988, aquando da Iniciativa de Lisboa, e o seu suporte havia sido implicitamente garantido e aprovado em 1993 e 1994, logo que os relatórios da comissão e do grupo de trabalho que prepararam o projecto do programa curricular foram aprovados pelos Ministérios da Educação e da Saúde.

Muito recentemente, foi sugerido em entrevista a um órgão mediático de grande divulgação que as Faculdades de Medicina defendiam interesses corporativos, ao persistirem na limitação do *numerus clausus* em valores abaixo dos que se verificavam em 1979. Implicitamente, concluía-se dessa afirmação a ideia de que a falta de médicos pelo País recaía na responsabilidade das Faculdades de Medicina, por impedirem a formação de aproximadamente 7.000 médicos desde 1979.

Para quem sabe e recorda, a definição do *numerus clausus*, para o ensino universitário em geral, data de 1977. Aproximadamente no mesmo período, os órgãos directivos da Ordem dos Médicos, preocupados com o afluxo de jovens médicos que estavam a ser licenciados em condições muito deficitárias, a par com inexistência de lugares para internato para tão grande número de candidatos, propuseram uma diminuição ainda mais acentuada do *numerus clausus*, a nível nacional. É de notar, entretanto, que essa diminuição não aconteceu senão sete anos mais tarde, verificando-se ainda o paradoxo do Ministério da Educação, durante os quatros anos seguintes aquele período, fixar um número de vagas bem inferior ao dos níveis propostos pelas Faculdades.

Molière decerto tinha razões para dizer que “*quando nos fazemos entender falamos sempre bem*”. E, seguindo este conselho, talvez se justifique tentar fazermos-nos entender, uma vez mais.

Em décadas sucessivas, e mais regularmente nos últimos anos, vêm as instituições de ensino médico reclamando, junto de sucessivos governos, sobre as limitações que subsistem na formação de futuros médicos e, indo mais além, prevendo as consequências resultantes desses constrangimentos na assistência e na prestação de cuidados de saúde à população. Consequências essas que estão a verificar-se.

Afigura-se conveniente recordar o exaustivo trabalho de comissões de nomeação governamental, de comissões *ad hoc* com representantes das Instituições de ensino médico, e de comissões alargadas (que incluíram membros nomeados pelo Governo, pelas Instituições de Ensino Médico, pela Ordem dos Médicos e pelas Associações de Estudantes de Medicina). Todas as comissões trabalharam arduamente, anos seguidos, na definição de princípios programáticos, objectivos gerais e específicos, linhas de orientação e,

também, em projectos de legislação visando a regulamentação do novo programa curricular.

Além dos dois projectos de legislação (um em 1995 e o segundo em 1998) apresentados ao Governo (inexplicavelmente sem resultados concretos), as Instituições de Ensino Médico enunciaram a necessidade de duas principais medidas correctoras, sem as quais não haveria viabilização bem sucedida de revisão curricular, as seguintes²:

1. Reajustamento do ratio docente – alunos para valores que assegurem uma formação médica com rigor e profissionalismo.
2. Articulação adequada da Instituições de Ensino Médico com as Unidades Clínicas onde decorre a formação pré-graduada.

Nada do que foi proposto e realmente interessa resolver foi solucionado. Pelo contrário, mais parece que nunca houve documentos, reflexões ou propostas, quando se atende às ideias periféricas que, de quando em vez, aparecem na imprensa por quem deveria saber o que diz.

Numa primeira opinião, nenhuma das medidas solicitadas tem contornos utópicos ou impossíveis de alcançar. Não são utópicas porque já existem em vigor noutros Países, sendo aí defendidas como mais-valias individuais e institucionais e condicionantes indispensáveis aos bons resultados pretendidos, quer na formação de futuros médicos quer como incentivo funcional e garantia de qualidade na prestação de cuidados de saúde e progresso da Medicina.

Embora o ratio de 3 a 4 docentes para 1 aluno, habitual e justificável nas escolas médicas norte-americanas, seja uma efectiva utopia para quem quer conhecer somente a realidade nacional, contém no seu âmago a justificação das diferenças entre dois mundos. Naquele mundo da realidade (que entre nós se pretende rotular de utopia) há uma efectiva compreensão de que um dermatologista (por exemplo) não será o melhor docente para ensinar cardiologia, nem o cardiologista tem competências para leccionar psiquiatria, e assim sucessivamente. Pelo contrário, na nossa realidade, através da política de orçamentos de convergências, tenazmente defendida pelos seus criadores desde 1994 e que vêm sendo aplicadas às universidades, pretende-se alcançar aquela utopia em toda sua extensão, impondo um ratio de 1 docente para 6 alunos na formação médica pré-graduada, como se, na prática, o dermatologista, também tivesse de ensinar cardiologia e ainda psiquiatria.

Pelas razões aduzidas e simples conversão aritmética, aquele ratio re-acertado nas aulas clínicas de enfermaria conduz à probabilidade (anti-ética,

² Exposição da Escola Médica ao Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas (17 de Abril de 1997). In: Boletim da SPM 7 (3): 10-16, 1997.

anti-humana e o mais que se considere) de cada doente (real) ser interrogado, auscultado e sujeito a outros exames objectivos com mais ou menos incomodidade (física e psicológica), por turmas sucessivas de 15 ou mais alunos. Alguém de boa-fé pode aceitar que, por via de uma obstinada definição de um ratio redutor para o qual as Faculdades de Medicina *já* foram ouvidas (e continuam a ser ignoradas), haja condições de efectiva aprendizagem por parte de todos os alunos? E não haverá perversidade real, abusiva dos direitos humanos, na aceitação daquelas condições de ensino clínico? E se em cada uma das vertentes pré-clínicas e clínicas forem seguidas idênticas metodologias, o que haverá a esperar dos resultados finais da formação médica?

Relativamente à articulação das Instituições com missão distinta, embora complementares como são as Faculdades e as Instituições de Saúde, é há muito reconhecida a indispensabilidade de uma carreira comum para os docentes das clínicas, que são também médicos hospitalares. A existência formal de unidades clínicas com dupla vinculação e estatuto universitário é outra realidade indispensável, que permanece no limbo das decisões por acontecer, há décadas.

A principal dificuldade parece ser a de definir um modelo de gestão e de poderes partilhados (Faculdades e Hospitais ou Centros de Saúde) que satisfaça ambas as partes, o que até não se afigura difícil. Não fazer nada porque se teme que os encargos da saúde venham a recair nos orçamentos das universidades, demonstra total desconhecimento dos mecanismos de gestão. Todavia, continua a ser um argumento limitativo importante e com audiência garantida.

Outro argumento *naife* é o de se pretender que qualquer unidade clínica e qualquer médico que nela exerça funções assistenciais estão preparados para o ensino pré-graduado da Medicina. Acreditar nesta possibilidade será admitir que tirar a carta de condução automóvel ou conduzir automóveis de competição são situações equivalentes, portanto passíveis de idênticas condições de ensino e de actuação. Porém, continua a existir quem acredite nessas ideias (e também em fadas, pelos vistos) com as consequências desastrosas que estão patentes.

E assim, entre realidades que são utopias e utopias que são realidades, conforme o conhecimento e a perspectiva que delas têm os seus intervenientes, continuamos a perder o nosso tempo, até que um dia alguém com responsabilidades acrescidas e sabedoria superior atenda às preocupações manifestadas há 160 anos pelo Professor Assiz Vaz: “*a medicina não se pode confiar a homens inexpertos, sem a necessária instrução*”.

O Objectivo da Qualidade – Treze Anos Depois*

O primeiro 6^o ano do curso de licenciatura em Medicina do novo programa curricular termina oficialmente no último mês de 2001. É o epílogo de uma longa e desgastante jornada, induzida treze anos antes, em Outubro de 1988, pela “Iniciativa de Lisboa”. Programado em linhas gerais pela Comissão Interministerial para a Revisão do Ensino Médico, fundamentado por múltiplos pareceres e propostas de sucessivas comissões e grupos de âmbito nacional e institucional, o processo renovador está a ser concluído sob a égide do Grupo de Missão para a Saúde, num enquadramento mais lato e algo diferente dos objectivos, pertinências e requisitos iniciais. Na realidade, o que começou por visar uma reforma da educação médica – com objectivos e métodos equiparados aos dos programas inovadores então desenvolvidos em prestigiadas universidades norte-americanas e europeias – tornou-se nos últimos três anos uma questão complexa, efectivamente dominada pelas múltiplas variáveis sociais, políticas e económicas que intervêm na área da saúde em Portugal.

Numa primeira leitura distanciada de todo o processo, afigura-se que as instâncias superiores não quiseram deixar de apoiar, em 1988, um projecto de reforma que, à data, era “politicamente correcto”, isto é, que requeria somente aprovações genéricas e consensuais, não acarretava compromissos financeiros imediatos e posicionava o País (e o Governo) a par das tendências educacionais modernas e a favor das pressões (que as organizações de saúde internacionais e os areópagos da educação médica mundial recomendavam) para uma prática moderna e humanizada da Medicina.

Porém, “estar a par e aprovar” não significa que se compreendam ou valorizem os objectivos que propõem os conhecedores do assunto que, no caso, eram (e continuam a ser) os representantes das instituições de ensino médico. Também não significa que as tutelas acreditem na exequibilidade de um projecto que, só em etapas preparatórias, consumiu sete largos anos. E assim não surpreende que, na linha das tradições nacionais, facilitada pela

* NE – In: Boletim da SPEM 2001; 11(1): 1-3.

rotatividade nas cadeiras do poder, o programa aprovado em 1994 e, particularmente, as responsabilidades implícitas então assumidas pelas instâncias superiores, fossem, na prática, esquecidas. As movimentações protagonizadas pelas Escolas Médicas impediram que o projecto apresentado aos governantes (em 1988 e em 1994) “morresse de morte natural”. Porém, em 1997, o Ministério da Educação pela voz do Secretário de Estado do Ensino Superior) rejeitava quaisquer encargos financeiros suplementares do novo curso clínico “*numa reforma que era da exclusiva responsabilidade das Faculdades*”. O “tratado” assinado em 1988 acabava de ser rasgado em 1997.

A revelação das estatísticas do Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, que evidenciavam graves assimetrias na prestação de cuidados médicos no território nacional, a par com a previsão de um acentuado agravamento da cobertura sanitária na primeira década deste século, modificaram radicalmente a situação, levando o Governo a anunciar a imediata criação de duas novas Faculdades públicas, em regiões do “interior” do País mais carenciadas de médicos e de outros profissionais de saúde.

Aumentar a *quantidade* de médicos (bem como de enfermeiros) passou a ser o objectivo fundamental propalado, que rapidamente despertou a cobiça de autarcas, políticos e empresários pela formação médica. De 1998 até ao presente assistiu-se à multiplicação de projectos para a criação de dezenas de novas Faculdades de Medicina (ou das Ciências da Saúde), públicas e privadas. Embora a criação das novas Faculdades públicas tivesse merecido as reservas de uma comissão especialmente nomeada para a elaboração de parecer, não impediu as movimentações de instituições privadas que ainda acreditam ser “bom negócio” formar licenciados de medicina a partir dos milhares de candidatos que, ano após ano, não ingressa nas escolas médicas portuguesas (aliás, à semelhança do que sucede em todo o mundo).

O facto de haver, por um lado, muitos candidatos que não dispõem de vagas de acesso às Faculdades nacionais e, por outro, a falta de profissionais com um curso de licenciatura em Medicina, daria solução (quantitativa) a contento de todas as partes interessadas: os candidatos e os seus familiares, porque concretizavam motivações intelectuais ou anseios sociais; as instituições privadas, porque encontravam clientes disponíveis a suportar propinas naturalmente elevadas; o Estado, porque além de reforçar o número de alunos no ensino superior (a figurar nas estatísticas da Comunidade Europeia), poderia dispor de um número crescente e sem limite de “titulados” com a licenciatura em Medicina, a qual (ainda) continua a ser a habilitação legal para o preenchimento de lugares vagos e a concurso para médicos, na rede nacional de saúde.

Decorridos quase três anos sobre a primeira notícia, que previa a rotura dos serviços médicos logo que começarem as aposentações de um numeroso contingente de clínicos gerais e especialistas a partir de 2004, ainda não

houve consenso nem sequer capacidade para criar um *observatório nacional* que acompanhe a situação e defina os vectores que devem assegurar o equilíbrio entre as vagas e a necessidade em médicos para as preencher. Em discussão figuram, por um lado, os argumentos dos que afirmam haver um número suficiente de médicos para a população actual (inclusive mais elevado do que o de países com sistemas de saúde com eficiência reconhecidamente superior), sendo o problema essencialmente causado pela deficiente organização e gestão dos serviços de saúde; outros, que reclamam haver graves carências actuais (tanto em clínicos gerais como em diversas especialidades) que tendem a agravar-se, fundamentam os seus argumentos no crescente número de vagas não preenchidas por médicos nacionais, tanto na província como nas principais cidades do País.

Seja por uma razão ou por outra, o certo é que o argumento da carência de médicos colhe audiências e suscita reacções populistas imediatas, favoráveis a um aumento quantitativo, seja por alargamento (ou extinção) do *numerus clausus* das Faculdades de Medicina ou pela já referida criação de novos cursos médicos. O Governo já tornou claro o que pensa sobre o assunto: além das duas novas Faculdades públicas aprovadas, há a determinação de prosseguir o aumento do número de admissões anuais nos cursos médicos, não havendo sinais de que se prepare para autorizar a criação de licenciatura por instituições privadas, embora também não declare que pretende rejeitar as propostas apresentadas.

Adicionalmente, está a ser preparado um novo regime de admissões aos cursos de Medicina que, também aqui, pretende ir ao encontro da vontade popular, ou seja diminuir as elevadas classificações de entrada, a par com critérios de escolha por “qualificação específica para a prática de medicina”. É óbvio que a dificuldade no ingresso não está nas elevadas classificações (dos que entram) mas na quantidade de candidatos que querem ser médicos e que o ensino secundário está a produzir (aqui sim) com elevadíssimas notas de acesso. É por isso um exercício de pura demagogia sugerir-se que a redução dos valores de acesso contribua para aumentar o número de admissões. Do mesmo modo, é certo que a selecção pelas qualidades pessoais não só reúne a oposição de psicólogos e neuropsiquiatras como é suficientemente subjectiva para vir a ser, de imediato, motivo de impugnação judicial por parte dos candidatos rejeitados.

E assim, chegados a 2001, perante um Sistema Nacional de Saúde que elege como prioridade a exigência de mais e mais médicos, e na presença de sectores públicos e privados que pretendem aumentar a formação de licenciados em Medicina, qual é o peso real que assume, neste contexto, a reforma curricular que o Governo considerou prioritária em 1988 e foi iniciada (desde o 1º ano do curso) no ano lectivo de 1995/96 nas quatro Faculdades de Medicina do País?

Haverá ainda justificação no presente enquadramento socio-político, para se considerar que a melhoria da qualidade de formação pré-graduada é, mais do que o aumento da quantidade de licenciados, o primeiro passo para uma efectiva evolução e maior eficácia da prática clínica?

A prevista assinatura de contratos-programa com as instituições de ensino médico, no âmbito das propostas aprovadas pelo Grupo de Missão em Saúde, visando a modernização das estruturas e o aumento da respectiva capacidade funcional, deixa em aberto a esperança de que o apoio à *qualidade* da formação médica, pretendida com o novo programa curricular, ainda constitui uma prioridade nacional e que a “Iniciativa de Lisboa”, afinal, não perdeu validade. Os próximos meses serão cruciais para se compreender a tendência das circunstâncias e a importância relativa dos condicionalismos em campo.

O Significado dos Incentivos*

Em editorial relativamente recente¹, o Professor Stewart Petersen, da Faculdade de Medicina e das Ciências Biológicas da Universidade de Leicester, insurgia-se contra a insuficiência do financiamento suplementar que o Governo Inglês decidira atribuir às escolas médicas do país, para apoio específico das modificações curriculares induzidas pela publicação do “Tomorrow’s Doctors”. Aquelas recomendações para a formação médica pré-graduada haviam sido elaboradas e propostas pelo autorizado General Medical Council, em 1993², sendo completadas em 1997 pelo “The New Doctors³, que se destinava a orientar a estruturação e o desenvolvimento da formação clínica a adquirir em estágio tutelado no último ano do curso (PRHO, *pre-registration house office*). Tomando em consideração as novas exigências, as estruturas e os recursos humanos, cada escola médica passou a receber do Estado um subsídio de quase 50 000 libras esterlinas (cerca de 83 999 euros) por ano, durante quatro anos.

Estando calculado que a formação de cada novo médico da Inglaterra custa ao Governo cerca do dobro do preço ao público de uma viatura *Rolls Royce*, (enquanto em Portugal aquela formação não excede o dobro do preço de uma viatura familiar), torna-se compreensível o desapontamento do professor Petersen quanto a uma verba que, para as instituições portuguesas, também seria escassa.

Todavia, a verba que o Governo Inglês concedeu para *suporte de custos adicionais* traduz o reconhecimento dos responsáveis políticos pelos encargos inesperados que um processo de mudança naturalmente origina. Em Inglaterra uma recomendação de uma instituição equivalente à nossa Ordem dos Médicos despoletou um movimento reformista liderado pela classe médica, visando a formação médica com maior qualidade e mais perspecti-

* NE – In: Boletim da SPEM 2002; 12(1):1-3.

¹ Pelersen S. – *Time for evidence based medical education*. Br. Med. J.1999; 318:1223

² General Medical Council – *Tomorrow’s Doctors* London: GMC, 1993

³ General Medical Council – *The New Doctors*. London: GMC. 1997

vada para o progresso e futuro da medicina. Aquele movimento foi rapidamente compreendido na sua importância global e, como tal, apoiado e subsidiado pelo Governo.

Recorda-se que também em Portugal houve um movimento pro-reforma iniciado ainda antes, em 1988, que veio a ser presidido com *pompa e circunstância* por altos responsáveis governamentais, que ficou conhecido por “Iniciativa de Lisboa”. Responsáveis políticos de um Governo seguinte igualmente concederam crédito às propostas apresentadas por uma comissão⁴ e depois por um grupo de trabalho⁵, ambos representativos, de todas as instituições e organismos com ingerência na área da formação e profissão médicas. Todavia, as semelhanças ficaram por aqui, pois que o crédito concedido e a aprovação para que se fizesse uma “reforma” curricular *nunca receberam (contrariando o que estava previsto) qualquer suporte financeiro*, sendo as modificações realizadas e postas em prática a partir de 1995 pelas Faculdades de Medicina nacionais, às suas próprias custas.

Adicionalmente, assistiu-se nos últimos dois anos (que coincidem com a implantação do novo programa curricular nos 5^o e 6^o anos do curso) a uma progressiva deterioração financeira que, depois da inclusão do valor das propinas no cálculo do orçamento padrão, também perdeu a convergência definida pelo número de alunos inscritos em cada instituição. Destes dois estrangulamentos veio a resultar a diminuição da capacidade funcional das instituições em conferirem a preparação médica com maior vivência prática, maior preparação científica, maior preparação para as novas tecnologias e, sobretudo, maior consistência psicológica e maturidade profissional para as dificuldades sociais que se prevêem.

Somente em finais de 2001 foram as cinco mais antigas instituições de ensino médico nacional ressarcidas de décadas de estiolamento e degradação estrutural, ao verem aprovados pelo Governo projectos de beneficiação e de desenvolvimento, com potenciais benefícios pedagógico-científicos e implicações tecnológicas na área da Medicina nacional.

Não obstante serem fundamentais para a revitalização das instituições nacionais de ensino médico, aqueles últimos financiamentos acordados em Contrato-Programa estão atrasados no mínimo em cerca de 8 a 10 anos, produzirão “obra-feita” daqui a mais de 5 anos e, também, não substituirão o “orçamento-vivo” para as exigências em pessoal qualificado e outros meios de consumo que, desde 1995, deveria existir em apoio dos projectos curriculares inovadores que se desejam.

⁴ Comissão Interministerial de Revisão do Ensino Médico (CIREM). Relatório (aprovado em 14 de Janeiro 1993).

⁵ Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico. Relatório (aprovado em 21 de Junho 1994).

Por isso, não parece excessivo admitir-se que os resultados práticos da modificação curricular, laboriosamente planificada, venham a situar-se, a nível nacional, muito aquém do que os responsáveis políticos e académicos desejariam no já longínquo ano de 1988. A descoordenação hoje patente quanto ao 6º ano de estágio clínico, com desfasamento de objectivos e estruturação curricular entre as diversas Escolas Médicas nacionais, exemplifica uma situação lamentável.

Pelo contrário, não surpreenderá que as modificações curriculares programadas no *Tomorrow's Doctors*, rigorosamente desenvolvidas e apoiadas pelo Governo e instituições inglesas envolvidas, tenham alcançado a eficácia que hoje lhes é reconhecida.

Será de acreditar que a diferença nos resultados esteja somente nos incentivos financeiros que uns recebem e outros não? É de crer que não, embora tenha ajudado. Mais do que o valor que o Professor Petersen considerava pequeno, aquele subsídio deverá ser entendido pelo que significa para cada instituição e para cada um dos seus membros participantes no estudo, planificação e desenvolvimento das modificações curriculares. Pessoas e instituições ficam com a certeza de que o seu esforço e o seu trabalho estão a ser compreendido pelo Governo e pelas entidades superiores, responsáveis pela formação e actividades médicas, e que os projectos desenvolvidos terão a inserção estrutural e os financiamentos que se verificarem necessários, concedidos no tempo certo.

E assim, o significado simbólico de um relativamente pequeno apoio financeiro para uma modificação curricular por todos decidida – por ser o caminho para uma formação médica mais qualificada, por estar a ser requerido um perfil clínico com conhecimento e competência acrescidas para as novas e previsíveis exigências assistenciais – faz a diferença entre as sociedades, entre as que vão à frente e as que vão atrás.

Há dois mil e quinhentos anos Esopo já dizia que os “deuses ajudam aqueles que se ajudam a si próprios”.

Sobre os Programas de Ensino Médico na Faculdade de Medicina de Lisboa, desde a sua Fundação em 1911 e até ao Presente*

1. Organização do Texto

No presente volume estão coligidos os documentos essenciais que foram produzidos entre 1911 e o presente, com incidência na estruturação da Faculdade de Medicina de Lisboa e, em particular, da organização e desenvolvimento dos novos programas de formação médica pré-graduada. Para o efeito o volume foi dividido em três Partes.

A Parte I inclui a documentação que, de forma determinante, caracteriza a evolução seguida pelo ensino médico a nível nacional, no período compreendido entre a criação da Faculdade, como unidade orgânica da Universidade de Lisboa fundada em 1911, e a data imediatamente anterior à proclamação da “Declaração de Edimburgo”.

A Parte II abrange as directivas, pareceres, relatórios e declarações nacionais e internacionais produzidas no período de doze anos que mediou entre o desencadear do projecto global para a educação do médico do futuro – iniciado em 1998 com a “Declaração de Edimburgo” e, em Portugal também, pela “Iniciativa de Lisboa” – e a realização do novo 6º ano do Estágio Clínico pelos alunos da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Na Parte III são apresentados os diversos projectos e fases do novo plano de estudos, aprovado e activado sequencialmente na Faculdade entre 1997-1996 e 2000-2001, de acordo com as recomendações e programas gerais acordados.

Os textos apresentados nas Partes I e II marcaram épocas distintas e modelos diferentes de formação médica, a primeira mais orientada para o ensino do aluno para a resolução de situações conhecidas e previsíveis, enquanto o programa subjacente à segunda procura antecipar as mudanças

*P – In: “Referências sobre o Ensino Médico em Portugal 1911-2000”, Série Estudos e Documentos da F.M.L., 2001; 2:xi-xiii.

sócio-profissionais, preparando o aluno para a aprendizagem da diversidade, da imprevisibilidade, para o crescimento de novos conhecimentos, para o avanço tecnológico e, ainda, para uma nova sociedade.

2. Origem do Novo Programa Curricular

Na origem da reformulação curricular houve um conjunto de pressões e recomendações externas junto do Governo e das Instituições Portuguesas de Ensino Médico, fundamentadas na Declaração de Edimburgo em 1988. À luz daquelas recomendações, subsequentemente expressas por organizações médicas de âmbito educacional e profissional, a nível regional e mundial, tornou-se urgente proceder a modificações dos objectivos, metodologias e conteúdos da formação médica, antecipando um novo paradigma para a aprendizagem e exercício da Medicina no futuro.

Em Portugal não foi fácil a obtenção de consensos construtivos entre as partes representadas em que, além dos referidos Ministérios e departamentos específicos, tiveram assento todas as Instituições de Ensino Médico, a Associação Nacional de Estudantes de Medicina e a Ordem dos Médicos. O facto do acordo final sobre o último ano do curso ter sido obtido somente em Junho de 1998 espelha as dificuldades verificadas nos cinco anos antecedentes.

Contrastando porém com a aprovação institucional conjunta que recaiu sobre a primeira proposta, apresentada em 1993 pela Comissão Interministerial da Revisão do Ensino Médico, os pareceres seguintes, elaboradas pelos grupos de trabalho e comissões sucessivamente nomeados, não tiveram a indispensável aprovação vinculativa do Governo. Inclui-se neste conjunto o relatório da Comissão de Educação Médica que, com acordo geral, preparou e propôs para aprovação superior, em Julho de 1998, o projecto de legislação que deveria enquadrar o novo programa curricular. A ausência daquela legislação de suporte ao programa em desenvolvimento – ao qual todas as Instituições de Ensino Médico estavam naturalmente vinculadas desde 1988, por determinação emanada da “Iniciativa de Lisboa”, – trouxe incalculáveis prejuízos a um projecto que se desejava harmónico e decorrente, em simultaneidade, em todas as instituições com responsabilidades no ensino médico. Por o 6º ano do curso ter sido desigual ou não ter ocorrido em Estágio Clínico, em todas as Instituições do Ensino Médico, não é isenta de constrangimentos e problemas a previsível cessação do Internato Geral, fazendo-o substituir pelo 6º ano do Estágio Clínico, como havia sido acordado e estava na base das recomendações aprovadas em 1993-1994.

O arrastamento inconcludente da situação em referência ao longo dos últimos anos e, muito em particular, desde 1998, além de se ter transformado numa fonte de continuados desencontros de opinião, traz ao de cima as ques-

tões criadas pela inevitável substituição, em termos de mandato, dos intervenientes directos no processo original de revisão curricular por outras individualidades que, na generalidade, desconhecem os princípios e os objectivos que nortearam a revisão curricular programada.

O novo programa curricular do curso de Licenciatura em Medicina desta Faculdade foi iniciado com os alunos admitidos no 1º ano em 1995-1996, os quais concluíram o 6º ano como Estágio Clínico em 2000-2001. Durante os seis anos de curso aqueles alunos conheceram diversas inovações curriculares programadas¹, respeitando as recomendações das diversas comissões e grupos de trabalho que, desde 1993, foram designados pelo Ministério de Educação e da Saúde.

3. Agradecimentos

As dificuldades que caracterizaram o presente trabalho só foram ultrapassadas graças a um conjunto de colaborações que muito nos apraz destacar e é de elementar justiça deixar expresso nesta introdução, como reconhecimento institucional e próprio.

Assim agradecemos à Senhora Dra. Maria Leal Ramos Vieira, directora dos Serviços de Documentação da Reitoria da Universidade de Lisboa, e à Senhora D. Maria Augusta Sousa Caetano Oliveira Gonçalves, chefe da Secção de Expediente e Arquivo da Faculdade de Medicina de Lisboa, o apoio inestimável e insubstituível que concederam colaborando na pesquisa e recolha das informações que constituem parte do trabalho publicado

Finalmente, queremos salientar a Senhora Dra. Raquel Viegas, estagiária da carreira técnico superior junto do Gabinete de Planeamento, Avaliação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina de Lisboa, tendo recebido a incumbência do presente trabalho, o soube conduzir e concretizar com grande competência e não menor entusiasmo.

¹ A Revisão Curricular na FML 1992-1999: Fundamentos, Finalidades e Desenvolvimento, Volume I, Série Estudos e Documentos da FML, Lisboa, Edição da Faculdade de Medicina de Lisboa, 1999.

III – PROJECTOS DE REFORMA CURRICULAR NA FML

1. Aspectos Conceptuais

A Próxima Reforma do Curriculum Médico
– Uma Oportunidade Ímpar para Reformular Objectivos,
Metodologias e Conteúdos*

A previsível reformulação do *curriculum* médico, que abrange a inclusão do internato médico no último dos seis anos de escolaridade pré-graduada, suscita naturais expectativas e, também, o relançamento de ideias, umas antigas, outras mais recentes. O trabalho já iniciado na Faculdade de Medicina de Lisboa, com destaque para a auscultação de cada um dos regentes das actuais disciplinas do curso, representa o substrato para a renovação. Nesta fase são naturais as conjecturas que se façam sobre os objectivos e metodologias a utilizar na formação médica. Também assume destacada primazia o conteúdo do futuro *curriculum* e a escolaridade que reparte as respectivas áreas de ensino. No contexto, são indispensáveis algumas medidas preventivas, de forma que interesses particulares não submerjam os objectivos institucionais ou que estes sejam subvertidos pelo uso (e abuso) de critérios sem a objectividade requerida.

A extensão e a profundidade em que são ensinadas as ciências fundamentais (básicas) da Medicina são, com alguma frequência, questionadas pelos clínicos. Entre os argumentos mais invocados destacam-se:

- (a) Os responsáveis das ciências básicas ensinam matéria em excesso, mais consentânea para futuros investigadores do que para clínicos;
- (b) O ensino deveria privilegiar a execução em lugar da teorização dos factos;
- (c) O ensino da componente científica deveria ser orientada para a vertente clínica, em particular para o modo como os clínicos aplicam esses conhecimentos na prática médica.

Num inquérito recente promovido nos Estados Unidos pela Fundação Robert Wood Johnson entre docentes com responsabilidades directivas, grande parte das respostas considerava inadiável uma alteração profunda do

* A – In: Revista da FML 1993, I (7-8): 246-249.

sistema de ensino dos estudantes de Medicina (1). Duas razões principais foram destacadas: o conteúdo curricular encontra-se sobrecarregado (com matérias consagradas, mais as que resultam do contínuo progresso científico) e registam-se deficiências na interdisciplinaridade das disciplinas básicas com as clínicas.

As observações anteriores poder-se-iam aplicar, sem dificuldade, à realidade nacional. Em ambos os casos o cerne da questão está na importância que se atribui ao conteúdo científico da Medicina e, implicitamente, à utilidade pragmática que as ciências básicas têm, na perspectiva dos clínicos, para o desempenho rotinado do exercício da Medicina.

Há alguns anos atrás a prática médica decorria no desconhecimento de factos, mecanismos e estratégias terapêuticas hoje tidas por indispensáveis. Num curto intervalo de tempo, sucessivas gerações de estudantes aprenderam o significado de novos termos e de múltiplas novidades científicas (em geral) e médicas (em particular). Admite-se que uma parte substancial dessas inovações continue pouco conhecida dos médicos mais antigos que, entretanto, não tenham participado em acções de formação contínua.

Algum do cepticismo sobre a importância que o conteúdo científico do curso de pré-graduação possa ter para o exercício da clínica advém, afinal, da convicção de que grande parte dos actos médicos (ainda) pode ser exercida através de um “classificador”, ou seja, para determinada situação existe uma dada solução. É sabido que responsabilidades diferentes exigem conhecimentos de complexidade distinta. Para quem pratica (bem ou mal) os primeiros socorros é irrelevante conhecer, p. ex., as acções anabólicas da insulina: todavia, para o clínico, o conhecimento ou ignorância desse assunto é determinante para o doente. O progresso constante da biologia molecular (p. ex., criando moléculas com efeito terapêutico específico com base na afinidade para os receptores celulares, ou possibilitando a síntese de proteínas em microorganismos por recombinação genética de DNA humano) exige aos clínicos (actualizados) conhecimentos, com alguma complexidade. De outra forma, esses conhecimentos deixam de ser úteis para os doentes, por impreparação de quem os maneja.

É esta a realidade e não existem alternativas.

Considerando, axiomáticamente, que o progresso da Medicina se baseia no conhecimento científico em permanente renovação e crescimento, haverá que compatibilizar a extensão e profundidade das matérias com as possibilidades temporais de um ensino eficaz. Naturalmente, os ajustamentos requeridos dependem dos objectivos educacionais definidos por cada Instituição, em relação ao perfil médico pretendido. Todavia, quer por não haver definição exacta das capacidades específicas requeridas aos médicos recém-licenciados, ou por ausência de mecanismos de autoavaliação ou correctores da actividade pedagógica de cada Faculdade de Medicina, alguns desses

ajustamentos traduzem-se em alterações profundas na organização curricular e na gestão das Faculdades de Medicina mais tradicionais (1). Na situação actual, afigura-se consensual que a formação pré-graduada dos médicos que se licenciarem, p. ex., no ano 2000, seja objectivada para o conhecimento adequado que lhes possibilite actuarem preventiva e/ou curativamente perante as situações nosológicas mais comuns e previsíveis nessa data (2).

A formação desse médico polivalente, apto a diferenciar-se em subseqüentes acções educacionais específicas, terá de basear-se na definição de um núcleo curricular restrito (3). Além do conteúdo (essencial) das ciências básicas, o núcleo curricular incluirá a aprendizagem das componentes mais adequadas aos cuidados a prestar a população local. O aumento relativo do

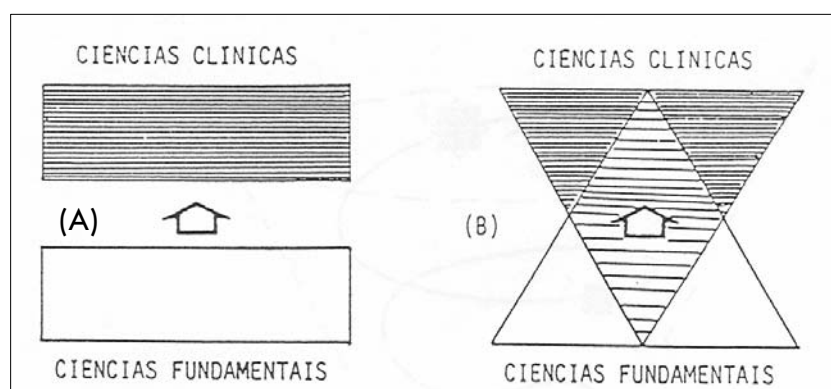


Fig. 1 – Simplificação esquemática de dois sistemas de ensino médico pré-graduado. Em (A) é representado o modelo proposto por Abraham Flexner em 1910, que continua a ser aplicado em muitas faculdades de medicina contemporâneas, incluindo as portuguesas. De acordo com Flexner, o ensino médico decorreria em dois blocos distintos mas contíguos, um constituído principalmente pelas ciências laboratoriais e o segundo (com escolaridade quase semelhante) pelas ciências clínicas a terem lugar no hospital. O esquema (B) procura evidenciar as tendências pedagógicas mais recentes no sentido de uma interdisciplinaridade intensa, pela inclusão das ciências básicas na prática clínica. De acordo com este princípio, afigura-se vantajoso que o estudante de Medicina comece a ter contacto com actividades assistenciais e problemas do âmbito clínico desde o primeiro ano do curso. O ensino basear-se-ia em exemplos preferencialmente aplicados a assuntos médicos, a intensificar progressivamente ao longo do curso (simbolizado num triângulo com o vértice no 1º ano e a base no último ano do curso). Com orientação oposta existiria um outro “triângulo”, representativo das ciências laboratoriais, com a base assente no 1º ano e o vértice apoiado no último ano. Isto significa que as ciências fundamentais da Medicina devem ser ensinadas com profundidade adequada em espaços próprios (mas não exclusivamente) nos primeiros anos de curso. O ensino das ciências fundamentais (pelos seus docentes naturais) teria lugar em todos os anos do curso, embora com extensão e complexidade adequadas aos conhecimentos e capacidades que os estudantes evidenciem em cada nível.

número de idosos, das doenças crónicas, de alterações do comportamento e sociais, o ressurgir das doenças infecto-contagiosas (de tratamento ainda incontrolável), exemplificam necessidades concretas e áreas de acção potenciais dos futuros médicos.

Em conformidade, é exigível que o núcleo curricular dê ênfase ao ensino das disciplinas mais adequadas aquelas necessidades (p. ex., as ciências médicas, sociais e do comportamento, e a medicina preventiva) e minimize ou integre os componentes mais especializados (2).

A metodologia de aprendizagem mais aconselhada justifica algumas modificações no modelo “flexneriano” seguido pelas Faculdades de Medicina nacionais, à semelhança de muitas outras, internacionalmente. Assim, em lugar de ciclo básico e ciclo clínico, prevê-se que os conteúdos das diversas disciplinas sejam integrados (4) em conjuntos mais funcionais em termos pedagógicos, científicos e (quando é o caso) assistenciais (Fig. 1). Admite-se que a formação de departamentos contribua substancialmente para aqueles objectivos específicos, e para a melhoria global da eficácia nas diversas vertentes consideradas (5).

Todavia, o ensino dos fundamentos científicos da Medicina não deverá ser exclusivamente orientado para uma perspectiva utilitária, no caso, de aplicação clínica. O ensino por “case-oriented problems” é útil (6), motivador, mas nem sempre tem cabimento, no âmbito dos conhecimentos do discente (7). A sua utilização precoce, sem (bastante) precaução, torna-se potencialmente demagógica, não pedagógica (como se pretenderia).

Numa fase inicial, a componente básica contribui para a aprendizagem da “linguagem científica” da Medicina (que é o denominador comum dos estádios subsequentes), possibilitando o exercício do raciocínio e o desenvolvimento das capacidades analíticas, a par da escolha de opções e rejeição de outras, para elaboração da síntese final (8).

O “aprender a saber” e a “saber fazer” podem, e devem, ser iniciados nas disciplinas básicas, onde o erro não constitui ainda um risco potencialmente fatal, sendo, pelo contrário, um elemento pedagógico valioso que ensina a evitar mais falhas, suscita o rigor da execução e acentua a qualidade da elaboração.

Isso não significa, porém, que o ensino das ciências básicas se agigante e persista localizado, em espaços definidos e estanque à medida que novos factores, hipóteses e conceitos fundamentais fazem o seu aparecimento. Em alternativa, afigura-se indispensável que o conteúdo das ciências fundamentais seja invocado repetidamente ao longo do curso de Medicina (Fig. 2), incorporando os mecanismos fisiopatológicos e patogénicos sob aprendizagem, e fundamentando as opções terapêuticas de cada caso.

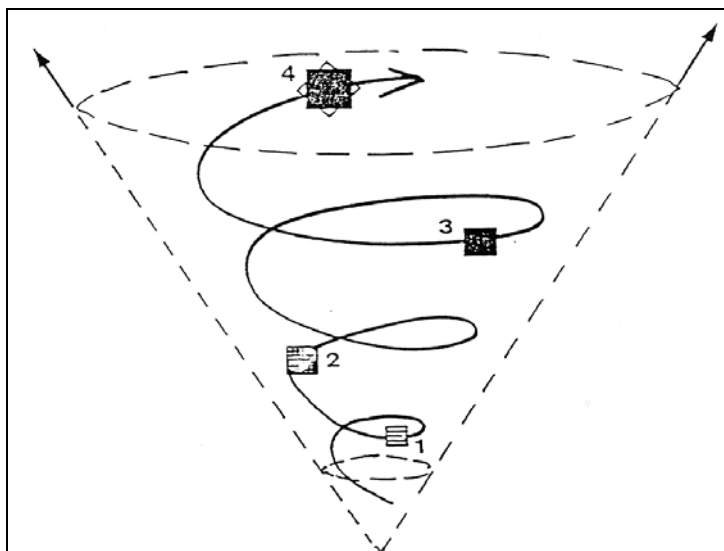


Fig. 2 – Esquemática da inclusão dos núcleos da matéria fundamental ao longo da formação médica pré-graduada, como reciclagem de conhecimentos aprendidos em anos anteriores, progressivamente enriquecidos e adaptados aos estudos sucessivos de aprendizagem.

Numa perspectiva de integração departamental, estará implícita a incorporação progressiva do conteúdo científico e das suas potenciais aplicações clínicas. Igualmente, é com particular expectativa que se antevê a reciclagem dos conteúdos específicos das disciplinas básicas no ciclo clínico, potenciando a compreensão prática do que se afiguraria desinteressante em fase precoce.

Concluindo, a revisão curricular que se aproxima representa uma oportunidade ímpar para alterações indispensáveis no actual sistema de ensino-aprendizagem em vigor nas Faculdades de Medicina nacionais.

O modelo que Flexner propôs para o ensino médico conduz a limitações no relacionamento interdisciplinar, designadamente à dissociação entre o ciclo básico e a aprendizagem clínica, e à tendência para o isolacionismo de cada disciplina numa área circunscrita e com tendência a cristalizar em terminologias, experiências e competências específicas.

A formação de departamentos, como sinónimo de áreas funcionais incorporando disciplinas afins, aparenta ser uma medida elementar para o bom êxito da revisão curricular.

Será igualmente indispensável designar um “gabinete de currículo” em cada Faculdade de Medicina, com mandato para fazer executar as modificações estabelecidas, avaliar as suas repercussões e definir reacertos pontuais perante os indicadores seleccionados pela Instituição.

Bibliografia

1. Cantor JC, Cohen AS, Barker DC, Schster AL, Reynolds RC – Medical educator's views on medical education reforme. JAMA 1991; 265:102-106.
2. McGuire C – The curriculum for the year 2000. Med Educ 1989; 23:221-227.
3. MacManus IC, Wakeford RE – A core medical curriculum. Br Med J 1989; 298:1051.
4. Harden RM, Sowden S, Dunn WR – Some educational strategies in curriculum development: the SPICES model. Med Educ 1984; 18:284-297
5. Estabrook RW – Fractures in Flexner's foundation: recommended changes in medical education (editorial). FASEB J. 1992; 6:2887-2888.
6. Norman GR – Problem-solving skills, solving problems and problem – based learning. Med Educ 1988; 22:279-286.
7. Glick SM – Problem – based learning and community – oriented medical education. Med Educ 1991; 25:542-545.
8. Parry KM – The place of sciences basic to medicine. Med Educ 1991; 25:258-268.

A Reforma Curricular. Causas, Mecanismos e Finalidades*

A educação médica no seu todo (que inclui as fases de pré-graduação, pós-graduação e contínua) requer constantes renovações e adaptações. Na realidade, essas modificações não decorrem isoladamente. Alterações incidentes em qualquer daquelas fases educativas repercutem-se inevitavelmente no conjunto. As modificações do processo educativo incidem frequentemente em pormenores, p. ex., ao nível de conteúdos, metodologias e/ou experiências pedagógicas isoladas. Todavia, outras vezes são requeridas mudanças drásticas no programa educacional. Em qualquer dos casos, as alterações resultantes têm origem em dois tipos de estímulos, uns inerentes ao sistema e outros provenientes do exterior (1).

As modificações mais radicais – habitualmente associadas ao termo “reforma” – levantam problemas mais complexos, nem que seja por pressuporem a substituição de um paradigma por outro. O *porquê* de uma reforma do ensino médico é uma das questões pertinentes, assim como o *quê*, *como*, e *onde* decorrem essas alterações.

A reforma que agora se anuncia a nível da pré-graduação justifica alguma reflexão por parte de todos os responsáveis e intervenientes no curso de Medicina. Porém, parte das questões a apreciar não serão mais do que evocações sobre estudos e experiências havidas, que importa não esquecer. Para que o essencial não seja trocado pelo acessório há que redefinir princípios, metodologias e, sobretudo, congregar as vontades de todos os participantes.

Razões para modificar

A necessidade de mudança (“o porquê”) pode ter origens externas, muitas vezes de natureza política ou sociopolítica. Estas razões não coincidem necessariamente com os princípios e objectivos educacionais das Faculdades de Medicina. Cite-se como exemplo de imposição política (à margem das

* A – In: Revista da FML 1993; I (9): 289-292.

instituições académicas) o que se passou em 1968/69: por simples abolição do estágio clínico (tornando facultativa a tese de licenciatura) foi significativamente aumentado o contingente de médicos incorporados no serviço militar, no decurso do qual lhes foi garantida equivalência ao internato geral. Recentemente (na sequência da Reunião de Edimburgo em 1988), por iniciativa conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde e beneplácito (ou melhor, indução) de um conjunto de instituições internacionais na área da Educação Médica, foi constituída uma Comissão Interministerial para a Reforma do Ensino Médico – CIPREM (despacho conjunto 26/ME/89). O trabalho desenvolvido pela CIPREM entre 1989 e 1993 resultou de um impulso exterior às Faculdades de Medicina, embora tenham recebido o apoio e colaboração destas. A previsível avaliação da qualidade de formação médica das Faculdades de Medicina, que os organismos da tutela anunciam para futuro próximo (em parte por determinação administrativa da CE e, ainda, para dar satisfação a pressões e expectativas públicas), constituirá outro modelo de intervenção externa.

Será muito mais natural (e desejável) que as alterações do *curriculum* sejam geradas no interior das Faculdades de Medicina. A necessidade de mudança nasce da constatação de factos ou situações desfasadas dos objectivos e princípios que regem a actividade médica. Simplificadamente, é comparado “o que os médicos fazem” com que “poderiam e deveriam fazer”, num contexto de implicações de natureza social, individual e/ou profissional.

Numa perspectiva social, há que reconhecer a existência de lacunas na assistência médica, exemplificadas por listas de espera que colidem com a saúde e perspectivas de vida dos doentes, atendimento massificado e despersonalizado de muitos doentes por poucos médicos (em que escasseia o vínculo pessoal médico/doente), insuficiência de recursos e/ou custos desproporcionados dos serviços de saúde disponíveis. Será difícil atribuir às Faculdades de Medicina responsabilidades directas em qualquer daquelas deficiências. Isto não impede (pelo contrário, legítima) a inclusão de noções sobre sociologia médica num novo programa curricular, de modo a que o jovem clínico possa avaliar e contribuir para a resolução de situações que afectem a eficácia da sua própria intervenção junto do doente.

A actividade clínica é mais, justificadamente, apreciada pela *qualidade* (técnica e humana) da assistência médica prestada em situações comuns e pela capacidade de resolução que os médicos demonstram perante novos problemas de saúde pública (2).

Quanto às primeiras, é conhecida a tendência para a uniformidade de critérios e soluções clínicas numa mesma região, em contraste com diferenças, por vezes enormes, entre países com sistemas educacionais aparentemente semelhantes. Estas discrepâncias justificam alguma perplexidade e bastante preocupação. O facto de um determinado doente estar sujeito a

decisões radicalmente diferentes consoante o sítio (cidade ou país) onde adoece abre-lhe perspectivas de vida também distintas. Sendo a Medicina contemporânea alicerçada no conhecimento científico, não havendo diferenças sensíveis nos planos curriculares e sistemas de ensino em uso nas Faculdades de Medicina, e desconhecendo-se discrepâncias nos padrões culturais e religiosos que expliquem a opção por atitudes “intervencionistas” ou “não-intervencionistas”, há campo para todas as especulações. Motivos de ordem estrutural (organização dos serviços de saúde e/ou meios disponíveis), económico e/ou social (p. ex., modas, pressões da comunidade, perspectivas litigiosas entre médicos – doentes – instituições de saúde – faculdades de medicina) são argumentos totalmente válidos, embora sem destaque irrefutável. Eventualmente, o maior ou menor intervencionismo não terá uma explicação simples nem única.

Tem interesse esclarecer se a ênfase educacional para o “saber fazer” contribui significativamente para atitudes mais activas e menos expectantes perante a doença. Resta averiguar também o grau de eficácia resultante de cada uma dessas atitudes na vida clínica.

A mudança curricular é ainda indispensável quando as exigências assistenciais requerem de cada médico conhecimentos e preparação específica não previstos. O aumento da longevidade (com subsequente sobrecarga da componente assistencial a uma população debilitada, em que prevalecem doenças crónicas, disfunções psíquicas e orgânicas), o desencadeamento e propagação de epidemias sem solução conhecida, o acentuar de problemas ecológicos com repercussão na saúde e futuro das espécies biológicas, modificações do estilo de vida (dominado pelo “stress” e quebra de valores sociais, morais e de auto-estima) são, no conjunto, situações concretas que requerem formação médica apropriada. As Faculdades de Medicina não só deviam providenciar essa preparação como ainda antecipar necessidades assistenciais e cenários de actuação médica, a curto e médio prazos. Finalmente, as Faculdades de Medicina não deveriam visar apenas a formação de profissionais competentes. Existe uma componente cultural, indissociada do progresso no saber técnico e científico, ambas a requerer atenção particular. A “*arte médica*” deriva dessa amálgama científico-cultural-técnica numa mesma pessoa, que assim deverá ser educada pelas Faculdades de Medicina por meios adequados.

Alterações

Uma vez aceite a inevitabilidade da mudança, há que definir “*o quê*”.

Entre a diversidade dos aspectos que ampliam e afectam a actividade médica, sobressaem a *preparação* adequada à receptividade dos novos

conhecimentos (científicos e tecnológicos) e a *capacidade* de os utilizar bem e responsabilmente. É imprescindível que a renovação curricular antecipe o aumento (quase geométrico) da componente científica, seleccione aspectos essenciais e defina processos para a sua utilização e actualização constantes. Técnicas específicas para a recolha, transferência e utilização da informação científica e dos dados de observação são recursos hoje indispensáveis, para que a actividade médica esteja actualizada e seja eficaz. Entre as consequências marginais do progresso científico destacam-se problemas que colidem com o sentido da vida. Decisões sobre a vida e a morte do doente (p. ex., quando este está biologicamente funcionante mas descerebrado) ou sobre a paternidade de embriões obtidos *in-vivo* e reimplantados no útero da mãe biológica ou de uma receptora aleatória, constituem problemas éticos que exigem preparação específica dos médicos que estão a ser licenciados pelas Faculdades de Medicina.

Planificação

A estratégia de actuação, que responde ao “*como proceder à reforma curricular*”, inclui a definição dos objectivos, conteúdos, organização, métodos e locais onde decorre. Uns e outros aspectos são influenciados ou dependem da *filosofia de ensino*, embora esta esteja frequentemente subordinada aos meios (estruturais e humanos) disponíveis (3).

A definição dos *objectivos* (há quem prefira designá-los por finalidades) infere o produto final pretendido do processo educacional. Nos seus objectivos gerais, o sistema educacional actualmente mais defendido propõe a formação de “médicos pluripotenciais” competentes para solucionar situações patológicas comuns, promover a saúde dos indivíduos na comunidade, aptos a compreender particularidades sociais e do comportamento inerentes à saúde e à doença, e preparados para se manterem actualizados pelo estudo continuado durante toda a vida profissional. A formação médica pré-graduada visa educar (modificar comportamentos) gestos, atitudes e a “ensinar a aprender” conhecimentos (directa ou indirectamente) úteis para aplicação na “arte” médica (4-6).

Os *conteúdos* do plano curricular (e os respectivos métodos de avaliação sumativa) continuam a ser uma das mais frequentes (ainda que não as principais) preocupações dos docentes e discentes envolvidos no processo. A rápida evolução do conhecimento científico e do progresso tecnológico confere grande transitoriedade aos conceitos, muitos dos quais são obsoletos poucos anos depois (7). Por conseguinte, o conteúdo curricular deverá ser simplificado ao mínimo essencial, sujeito a actualização constante com base na integração das principais áreas de conhecimento, e visando a interdisci-

plinaridade do conhecimento. Nessa integração (horizontal e vertical) afigura-se fundamental que as ciências básicas sejam ensinadas no ciclo clínico e, vice-versa, haja oportunidades de iniciação clínica no ciclo básico, diluindo a separação (quase um fosso) que existe entre as duas vertentes (básica e clínica) no modelo Flexner da formação pré-graduada.

Adicionalmente ao conhecimento biológico e das ciências fundamentais de Medicina, deverá a formação médica pré-graduada incluir conteúdos de âmbito sociológico, comportamental, probabilístico, ético e de informação. Os conteúdos próprios das especializações clínicas poderão ser aprendidos no âmbito de uma grande área da clínica, e reduzidos ao elementar que o jovem médico necessita saber, *para fazer com competência*. A revisão constante dos conteúdos é irrecusável, para se evitem excrescências de “novidades” inapetíveis, a adicionar à informação factual acumulada.

É sabido que o sistema de *avaliação* contribui significativamente para a aprendizagem dos conteúdos. Na realidade, a avaliação rigorosa dos objectivos atingidos pelos discentes no decurso da sua formação permite aferir da eficácia do processo educativo. Por isso, a avaliação deverá ser compatível com os objectivos. No caso de o ensino ser interdisciplinar, também a avaliação deverá abranger conjuntos de conhecimentos integrados.

Quanto à *organização do programa curricular* há várias opções, designadamente a estruturada em disciplinas (tradicional), o ensino integrado e o sistema de aprendizagem baseado em problemas (de âmbito clínico). Todos têm vantagens e desvantagens, não estando esclarecidas as influências que induzem no comportamento individual e na eficácia clínica subsequente. Todavia, está a ser preferida a planificação que suscita a aprendizagem activa do aluno (actuando o docente mais como catalisador e moderador, e menos como ensinante) e a sua integração precoce (sob tutela) em equipas profissionais, com atribuição de responsabilidades específicas (2, 5).

Os *métodos de ensino* a utilizar são equacionados em função dos objectivos e da planificação. No ensino tradicional são privilegiadas as aulas teóricas e as demonstrações para um plenário de alunos, enquanto no sistema de aprendizagem por problemas é dada preferência às turmas pequenas com tempo para se organizarem e aprenderem com orientação. Também aqui, os métodos referidos apresentam vantagens e desvantagens. Aparentemente, o ensino tradicional confere melhor preparação teórica, enquanto o sistema centrado no aluno lhe permite adquirir capacidades de análise e síntese, prática de gestos e capacidades (de auto-aprendizagem) indispensáveis a uma futura formação contínua.

A formação médica tem *lugares próprios* para ocorrer, de que as Faculdades de Medicina são uma parte. A aprendizagem (da componente científica e clínica das doenças e dos seus fundamentos, a capacidade de intervenção médica na comunidade para curar doentes e preservar a saúde dos

indivíduos saudáveis) deverá decorrer em anfiteatros, laboratórios, clínicas universitárias, centros de saúde, consultas externas e/ou domicílios. Isto é, a formação dos futuros médicos deverá incluir diversos cenários de acção interdependentes, pelos quais a doença e a saúde de cada indivíduo possam ser entendidas e actuadas em todas as suas perspectivas. Deste modo, além de bases científicas de cada situação, poderá o estudante de Medicina adquirir preparação para resolver situações agudas e crónicas, e prevenir o seu desencadeamento em qualquer dos ambientes da vida humana.

Accionamento, acompanhamento e reavaliação

Concluir sobre a necessidade de uma reforma, ter condições (sociais, individuais e profissionais) para a fazer, definir uma boa estratégia de acção (que identifique finalidades, facilidades e conteúdos) e dispor de uma planificação adequada, podem não ser factores decisivos para o êxito. Acima de tudo, é indispensável *congregar a colaboração* dos principais interessados – docentes e discentes – e não desesperar de impaciências ou flutuações de apoio individuais (8).

O accionamento e a evolução da reforma curricular constituem momentos delicados. Requerem um líder e uma equipa unida (dotados com persistência, bom-senso, sagacidade, diplomacia e urbanidade), capazes de ultrapassar obstáculos, resistências, conservadorismo e incompreensões inerentes à instabilidade e incerteza do que se pretende alterar, ou dos novos desenvolvimentos e perícias a iniciar. Esse gabinete terá ainda a responsabilidade de *acompanhar, apoiar e reforçar* o programa, particularmente nas fases em que as dificuldades ultrapassam os ideais. Numa fase final surge a *avaliação do novo sistema em acção*, corrigindo o que se verifique necessário. Fundamentalmente, com a avaliação final (e constante) pretende-se aferir a funcionalidade do sistema e o cumprimento dos objectivos previstos (gerais e específicos), e induzir as correcções que se justifiquem.

Em conclusão

A alteração do programa curricular da licenciatura de Medicina tem a ver com inúmeras e complexas situações, *existentes e previsíveis*, num ambiente de reflexão continuada, de que a vertente científica é apenas uma parte do todo que compõe a “arte” médica.

Será nas Faculdades de Medicina “*onde*” essas adaptações ou reformas curriculares deverão (para serem naturais) ter origem. Igualmente, a revisão curricular, perspectivada pelas exigências da eficácia e do rigor da actividade médica (de que dependem o bem estar e a vida de cada ser humano que lhe

confia), deverá merecer o empenhamento de docentes e responsáveis das Faculdades de Medicina (atentas às mutações da ciência e às necessidades assistenciais do meio), e garantir a colaboração e apoio dos discentes visados na formação.

Bibliografia

1. Grant J, Gales R – Changing medical education. *Med Educ* 1989; 23:252-257
2. McGuire C – The curriculum for the year 2000. *Med Educ* 1989; 23:221-227.
3. Pinto Correia J – Revisão do curriculum escolar no ciclo clínico. *Acta Méd Port* 1985; 6:125-127.
4. The Edinburgh Declaration. *Lancet* 1988; ii: 464.
5. Marston RQ – The Robert Wood Johnson Foundation Commission on Medical Education. The sciences of medical practice, summary report. *JAMA* 1992; 1144-1145.
6. The Academic Medicine Group (chairman: R. Hoffenberg). Academic medicine: problems and solutions. *Br Med J* 1989; 298:573-574.
7. Martins-Silva J – Perspectivas sobre a formação médica contínua. *Arq Med* 1992; 7:64-70
8. Calman KC, Downie RS – Education and training in medicine. *Med Educ* 1988; 22:488-491.

Eixos Orientadores da Reforma do Ensino Médico. Uma Proposta Estratégica*

Essayer de prévoir l'avenir, ce n'est pas rechercher le futur probable, mais étudier les futurs possibles

D. Mellière, 1975

Introdução

São frequentes as críticas ao formato, conteúdo e metodologias do ensino médico ministrado na generalidade das Faculdades de Medicina contemporâneas. Neste movimento de contestação têm participado docentes, discentes, clínicos experimentados e, também, os principais responsáveis por instituições do ensino médico e saúde pública (1, 2). Todavia, as tentativas envidadas para corrigir defeitos, introduzir inovações ou modificar princípios esbarram persistentemente em inércias (conceptuais ou orgânicas) de causas e motivações diversas, algumas insuspeitadas (3, 5). A preservação do *status quo* institucional é usualmente mais forte do que os desejos de mudança, ao ponto de se considerar *mais difícil alterar um curriculum do que mudar um cemitério* (6).

Pressões e dificuldades para uma mudança curricular

Para haver modificações do *curriculum* é preciso que os intervenientes consciencializem e objectivem as necessidades dessas mudanças e, na sequência, definam estratégias e seleccionem metodologias que ponham em prática o plano traçado. Finalmente, há que reavaliar os resultados das alterações induzidas, reacertar pormenores e manter o processo em andamento num determinado enquadramento individual, social e profissional (6-8).

A necessidade de mudar o programa curricular é induzida por estímulos

* A – In: Acta Méd. Port. 1993; 6: 481-492.

diversificados, gerados no interior das instituições do ensino ou impostos do exterior (7, 9).

As alterações por iniciativa académica, decerto mais honrosas e naturais, demonstram que as instituições têm vitalidade para se auto-criticarem e auto-corrigirem (10). Na sua origem devem co-participar (desejavelmente) os órgãos institucionais, os docentes e os discentes, com interesses e capacidade de intervenção no processo educacional que lhes é familiar, e que, no seu entender, carece de adequação e/ou eficiência. Situações deste tipo tendem a ocorrer quando os médicos revelam dificuldades em acompanhar os progressos científicos e tecnológicos da Medicina, em compreender e resolver problemas éticos, em intervir junto dos doentes (e familiares) afectados com doenças incuráveis e crónicas, bem como num todo populacional dramaticamente pressionado por agressões físicas, químicas e psicológicas.

Os doentes reclamam os melhores cuidados médicos possíveis e (já) não hesitam em confrontar os clínicos perante a lei, quando detectam irregularidades na assistência ou deficiências de qualidade profissional (11). A ênfase na prática dos actos médicos comuns exigíveis, a par de atitudes mais atentas face ao doente e à doença, são objectivos educacionais pertinentes a estimular (12).

Aos direitos da população à Saúde e à revolução científica na área médica, veio somar-se um outro factor importante, que consiste na adaptação dos interesses (pessoais e profissionais) dos médicos a situações novas, tais como a crescente burocratização do sistema assistencial e os critérios economicistas que lhes estão subjacentes (13).

Na realidade, o afluxo de conhecimentos tecnológicos (disponíveis e aplicáveis à área da Saúde) tem sido também a causa principal dos custos in comportáveis que os cuidados médicos estão a atingir nos países industrializados. Daqui resultam (inevitavelmente) cortes orçamentais, gestões rigorosas e/ou limitações no acesso às tecnologias de diagnóstico e meios terapêuticos mais avançados (e também mais dispendiosos). A lógica funcional dos cuidados de saúde tende a ser regida por critérios de custo-benefício, e a ser assegurada por funcionários-médicos. Não havendo correcções de fundo, estão criadas condições para que a estrutura asfixie o idealismo e as motivações profissionais dos médicos, de gerações mais recentes e futuras (9).

É evidente a natureza política de muitos dos factores que condicionam (e interrelacionam) o sistema de formação médica e os serviços de saúde a prestar (3). Daí que a estratégia e objectivos das reformas curriculares que se planeiam devam ter em conta situações concretas do meio em que se inserem, com destaque para a interdependência estrutural e funcional das instituições envolvidas (na área da Educação e Saúde), natureza sócio-económica da população assistida, perfil dos candidatos admitidos nas Faculdades de Medicina e competência (pedagógica, científica e profissional) dos docentes

que intervêm no processo educativo (14). Não atender a alguns destes condicionalismos será uma posição irrealista e geradora de fracassos.

A título de exemplo, cabe referir o malogro inesperado do projecto Beer-Sheva, que o governo israelita iniciou em 1973 na Universidade Ben-Gurion, tendo como objectivo formar médicos especificamente preparados para prestar serviços de saúde primários e hospitalares (15). Apesar dos cuidados havidos com os critérios educacionais, os resultados ficaram aquém das expectativas por três motivos principais: (i) os docentes clínicos não tinham qualidades nem empenhamento profissional para serem bons modelos para os alunos, (ii) a comunidade assistida não foi suficientemente integrada no projecto e, por fim (talvez o mais importante), (iii) não houve apoio inequívoco e adequado dos administradores da área da Saúde perante os objectivos (educacionais e clínicos) traçados.

As particularidades de cada região e de cada sociedade ditarão as modificações necessárias. Alterações e processos aplicados com sucesso em determinado meio poderão ser irrelevantes noutras horizontes (16); as necessidades e os condicionalismos próprios das Faculdades de Medicina dos países desenvolvidos, substancialmente diferentes das verificadas nos países em vias de desenvolvimento, tornam irrealista a aplicação de soluções similares nestes dois tipos de regiões.

Nas sociedades em desenvolvimento, em que a formação médica se limita quase só à licenciatura, e em que os recursos escasseiam, é natural que a filosofia educacional e o programa curricular difiram do sistema de formação em uso nos meios industrializados, em que a pré-graduação não constitui o fim, mas o princípio da educação médica.

As imposições exteriores, em geral de natureza política, nem sempre se revelam os estímulos mais acertados para os objectivos pretendidos. Nos períodos de crise social, em que ressaltam mais agudamente as carências assistenciais, aumenta também a pressão pública que exige mais e melhor dos médicos, embora se revele indiferente perante as limitações de meios e recursos disponíveis (7, 9).

Em qualquer dos casos (determinações políticas, exigências administrativas ou pressões populares), a intervenção extrínseca constitui uma realidade, com frequência inevitável quando as Faculdades de Medicina não possuem argumentos convincentes sobre princípios educacionais indeclináveis, nem se revelam capazes de conceber e promover projectos inovadores e/ou adequados para a resolução de problemas reais.

Em determinado momento as Faculdades de Medicina serão objecto de avaliação (rotineira) da qualidade dos médicos que formam. É um processo burocrático todavia indispensável (tal como o que afere a resistência da uma ponte, ou qualquer outro tipo de controlo de qualidade), neste caso destinado a comprovar a competência (profissional) dos médicos em tratarem doentes e em prestarem cuidados de saúde condizentes às necessidades da população (11).

O desajustamento entre o processo de educação médica e as exigências sociais em cuidados de saúde tem sido atribuído a diferenças de objectivos patenteados pelas partes intervenientes. Este ponto mereceu grande destaque na I Conferência Mundial de Educação Médica, decorrida em Edimburgo em 1988 (17). Foi então salientada a necessidade de alterar o sistema tradicional de educação médica (que privilegia a componente tecnológica, o conhecimento factual e a intervenção hospitalar) por um novo processo, vocacionado para a prevenção da doença, acompanhamento de patologias crónicas e que confira capacidades de intervenção perante disfunções psicológicas, de comportamento e doenças comuns que afectam a grande generalidade da população (18).

Estas expectativas foram resumidas com grande clareza por Bloom (3) “...*the pressure of educational reform today is to reintegrate the profession in the interests of a humane and competent patient-centred delivery system in a manner that accounts for the altered patterns of types of illness (e.g., increased chronicity, reduced infectious risks), the demographic changes resulting from increased life expectations, and the challenges for prevention in an environment of risks caused by industrial development... to redirect medical education towards an experiential, learner centred model that will enable doctors to be both life-long learners of rapidly changing medical science and practitioners with the knowledge and skills available to equate the psychosocial with the biological aspects of medical care...*”.

De certo modo, as discrepâncias entre a educação médica convencional e a que vem sendo proposta resultam de concepções extremas do perfil médico, de um lado o médico-tecnologista formado pelas Faculdades de Medicina tradicionais e, do outro, o *médico-utilitário* requerido pelas populações.

Aquelas diferenças são a principal causa do dilema em que se debatem os responsáveis directos pelo processo de educação médica quando equacionam o tipo, extensão e profundidade dos (novos) conhecimentos científicos a utilizar na formação de clínicos aptos à prestação de cuidados de saúde (8).

Sobejam as razões para questionar a pertinência da preparação médica que usa (e abusa) do ensino de conhecimentos (cada vez mais) especializados e compartimentados, transmitidos por docentes (demasiado) focalizados na investigação ou numa especialidade clínica, a alunos seleccionados exclusivamente (ou quase) por critérios académicos (20). Todavia, considerar os pressupostos anteriores como argumento favorável a um sistema de ensino que se limite a assegurar a formação de técnicos superiores com habilitações profissionais para actuarem (nos serviços de saúde) como *mão-de-obra* especializada, afigura-se uma posição excessivamente redutora. Seria absurdo (e, pelos exemplos conhecidos, também socialmente negativo) que o médico fosse tido na comunidade como um profissional programado exclu-

sivamente para curar doentes, tal como se exige a um mecânico que conserte automóveis (21).

A virtude estará no meio-termo, que conceda espaço e oportunidades para que a Medicina possa ser ensinada e aprendida como uma profissão e, também, como uma formação cultural própria, que perspective o progresso do saber e a transmissão/aquisição (constantes) de novos conhecimentos (22, 23). Isto é, pela sua natureza inteiramente universitária, a educação médica ultrapassa os horizontes de uma profissão confinada ao imediato, para se espalhar na procura de soluções para as incógnitas do presente e para os problemas cuja ocorrência consegue antecipar. Como dizia Pinto Correia (19), *“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... 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 da situação é nitidamente insuficiente”*.

Em conformidade, a educação médica deverá preparar o clínico não só como utilizador de ciência aplicável a um organismo vivo, mas também conferir-lhe capacidades e atitudes adequadas para que possa considerar esse *ser* (biológico) como uma pessoa e, simultaneamente, como membro de uma sociedade. De acordo com Tosteson (24), *“Each medical encounter is unique in a personal, social and biologic sense. Each patient and physician is an individual person reminded by the episode that brings them together... Each patient lives in a specific social context. Each patient is the expression of a genome that has never existed before. All these aspects of uniqueness impose on both physician and patient the need to learn about the always new situation, to find the plan of action that is most likely to improve the health of that particular patient at that particular time. In this way of thinking, a doctor is a teacher helping the patient to learn about possibilities for living in a healthier way”*.

Embora aqueles três planos de interacção médico-doente sejam indiscutíveis, a perspectivação humana e social do doente é estrangida habitualmente em plano secundário, dominado pelo crescimento constante do conteúdo científico.

Os equívocos e as dificuldades em separar o que é necessário (ou indispensável) ensinar do que parece supérfluo deverão ser entendidos como factores inevitáveis de um processo em constante mudança, que representa também o progresso de uma ciência que se projecta numa componente profissional (12). É também uma questão de equilíbrio entre as prioridades educacionais de cada instituição ou de dada região.

Parece hoje incontroverso (17, 18, 25) que a fase pré-graduada (limitada a alguns anos de escolaridade) se restrinja à formação de clínicos competen-

tes para assegurarem cuidados de saúde *gerais*, reservando as fases subsequentes da educação médica para a preparação mais avançada, em que se incluem a especialização e o treino de tecnologias diversas.

A pré-graduação é uma fase de preparação preliminar e, como tal, abrange conteúdos genéricos e inclui a aprendizagem de atitudes e gestos para intervenções de natureza curativa e preventiva de âmbito geral (11). O passo seguinte (a especialização) será naturalmente influenciado pelo tipo de educação tecnológica desenvolvida na pré-graduação (Fig. 1).

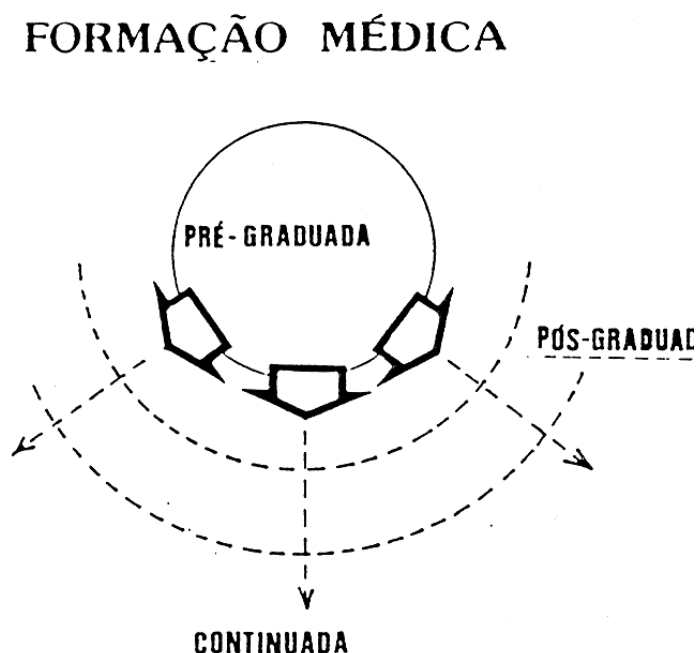


Fig. 1 – A pré-graduação, através de um núcleo curricular, visa a formação de médicos polivalentes aptos (em fase subsequente) à aquisição de conhecimentos avançados e aptidões especializadas de complexidade crescente, sob tutela (na pós-graduação) ou por auto-aprendizagem (formação continuada).

Todavia, a pressão inerente ao progresso científico e tecnológico, a par com uma progressiva consciencialização pública do valor social da Saúde, tornam inevitável a ocorrência de alterações constantes do ensino médico e, sobretudo, da filosofia educacional em que se fundamentam. As expectativas populares e as preocupações governamentais são forças de pressão muito influentes no processo educacional (9).

Por si, os factores extrínsecos para uma mudança não terão êxito se não houver motivação e empenhamento por parte dos intervenientes intrínsecos

do sistema (7). É sabido que os factores extrínsecos poderão ter a maior importância como catalisadores do processo (8).

Admite-se que essa *activação* venha a ocorrer proximamente em Portugal, na sequência do recém-apresentado Relatório da Comissão da Reforma do Ensino Médico (26). As alterações a suceder visam encurtar o *curriculum* médico, de forma a incluir nos seis anos de escolaridade a prática clínica tutelada que incorporava o internato geral, à custa da redução de *tempos-mortos*. Simultaneamente, as Faculdades de Medicina retomariam o privilégio de conceder a licenciatura ao fim de seis anos.

Entretanto, as Faculdades de Medicina serão confrontadas com a principal questão, isto é, esclarecer o que se entende por *Reforma do Ensino Médico*. O momento que se vive agora faz recordar, ainda que em dimensão diferente, as expectativas vividas em 1975, quando constava estar pronta uma reforma do curso médico. Nessa altura, Pinto Machado abordou o problema, para dizer que “*não sendo plausível acontecer a reforma necessária, ao menos que sucedesse uma reforma possível*” (27).

Filosofia educacional

De acordo com Bloom (3), muitas das reformas da educação médica decorrem sem mudanças de fundo, havendo também muitas alterações que não geram qualquer progresso. As modificações induzidas por pressões extrínsecas, que não envolvam forças intra-institucionais coesas e empenhadas nessas alterações, parecem estar condenadas ao fracasso, como salientou Ramalingaswami (8):

“Change, if it is to be real and abiding, has to be intrinsic, aided by extrinsic factors acting in synergy. The intrinsic elements have been identified as teachers, students, and the organizational and institutional frameworks. The extrinsic elements are political will, administrative commitment and societal pressure. Extrinsic pressures without intrinsic transformation can only lead to episodic results change without progress”.

Grande parte das componentes de êxito de uma reforma do ensino médico são intrínsecas às Faculdades de Medicina, apesar de estas instituições dependerem (na totalidade, ou quase) de apoio extrínseco (28). Há razões para admitir que a reforma educacional reflecte sobremaneira o valor, empenhamento e entusiasmo dos docentes, porém sem esquecer os recursos que têm à disposição e a organização estrutural em que actuam (30). Neste aspecto, é indispensável que os subsistemas participantes (sejam humanos ou materiais, intrínsecos ou extrínsecos) se completem, potencializando a acção

final (5). De outro modo, se a prioridade de cada interveniente consiste em preservar os seus interesses, se a colisão (entre responsáveis, estruturas e participantes) faz a regra, ou se a atitude (individual, institucional ou da tutela) predominante consiste “*em mudar qualquer coisa para que o essencial se mantenha*”, a reforma não chega a ter início e/ou perde qualquer utilidade (7, 31). Não será mais do que uma carta de intenções frustradas, enfileirando no conjunto de argumentos em que se apoiava Miller Guerra (32) para duvidar da capacidade de auto-reforma das velhas universidades:

“Pouco vale dizer que vamos fazer uma reforma a administrativa se não houver reforma política que a oriente e apoie... Quando digo que as Universidades não se auto-reformam, quero dizer que as Universidades não tomam a iniciativa de reforma nem a acompanham até às últimas consequências. E quando chamo reforma...digo transformação da vida universitária, e não apenas mudança de cadeiras ou de horários”.

Seguindo a mesma ideia, a mudança de perspectivas e de estratégias educacionais seria viabilizada preferencialmente pelas novas Faculdades de Medicina, enquanto não adquirissem (também) a esclerose funcional e a intransigência que caracterizam muitas das instituições clássicas (13).

A primeira (e única) reforma digna desse nome verificada no ensino médico nacional ocorreu em 1911. Desde então têm sido introduzidas alterações pontuais, episódicas na generalidade, consistindo em acrescentos de conteúdo curricular, número de exames ou redistribuição da escolaridade (33). Dificuldades de ordem diversa, em que se destaca uma (muito nefasta) descoordenação entre os ministérios da tutela, reduzem a eficácia do processo educacional.

A reforma que se anuncia terá, como campo de acção, estruturas (muito) carenciadas e intervenientes deficitários de motivação e esperança. Por conseguinte, o êxito dessa reforma afigura-se bastante limitado se não coexistirem medidas de fundo que visem a revitalização dos recursos orgânicos e funcionais de um sector (muito) desgastado.

Todavia, admitindo que a conjuntura se altera radicalmente, por força de um poder público consciente das realidades presentes e do acentuar progressivo das dificuldades e carências na área da Educação/Investigação e Assistência Médicas, será conveniente definir as linhas de força globais que possibilitem alterações autênticas, e não meras recuperações de reboco que deixam o edifício inalterado. Em editorial recente, Levi Guerra (34) escalpelizou com rigor as necessidades inadiáveis das Faculdades de Medicina nacionais:

“Há pois que fazer uma Reforma, mas não esperar que reformas ocasionais, que não vão ao fundo dos problemas, poderão resultar num ensino

eficaz, numa investigação científica pujante e numa actividade clínica intensa e qualificada, dando pronta e competente resposta aos problemas que a um Hospital Universitário cumpre dar, por um lado, e que por outro lado devolva à Faculdade o prestígio que perdeu”.

Eventualmente, será mais prudente reforçar o que está bem, introduzindo modificações no que falta ou que não serve, em contraponto a posições mais radicais, que se propõem a começar tudo de novo para garantir que as desejadas alterações curriculares ocorram (13). Entre ambas as posições, o sistema de formação médica nacional requer essencialmente a definição de uma filosofia educacional, a assentar nos seguintes pontos fundamentais:

- (a) Reconhecimento de três fases educacionais consecutivas da formação médica (pré-graduada, pós-graduada, contínua);
- (b) Definição de objectivos globais para cada uma das fases;
- (c) Programação e demarcação de estratégias educacionais específicas daquelas fases;
- (d) Reavaliação, correcção e ajustamento constante de objectivos, estratégias, programas e conteúdos educacionais.

Acresce, em cada Faculdade, a indispensável inventariação dos meios de acção disponíveis para a concretização dos objectivos estabelecidos, designadamente:

- (a) Agentes de ensino;
- (b) Temas de estudo, teórico e prático;
- (c) Estruturas de ensino.

No conjunto, ressalta à evidência a ênfase educacional da preparação médica e, ainda, a extensão cultural, a capacidade de adquirir e transmitir conhecimentos no pressuposto do progresso pelo saber (5, 23). Esta perspectiva contrapõe-se à aprendizagem pelo treino, no qual se adquirem perícias específicas para *saber fazer bem* (repetidamente) uma mesma técnica (35).

Embora os resultados que advêm de um bom treino médico sejam, com alguma frequência, o que os doentes e serviços de saúde mais desejam, acabam por perder actualidade se não houver acompanhamento de progresso cognitivo. A aprendizagem educacional confere capacidades de compreensão e crítica, perspectivas cognitivas ilimitadas e motivações, o que não se verifica (ou é raro acontecer) pelo treino de um determinado gesto (36).

Treinar e educar são actividades com metodologias e objectivos diferentes. Ambas são indispensáveis em Medicina. A componente prática, adquirida pelo treino, confere a finalidade à Medicina, embora fundamentada na componente educacional, sem o que não há progresso nem actualização (37).

Em segundo lugar, o escalonamento da formação médica em fases pressupõe a pré-graduação como o início de uma vida de aprendizagem constante, sucessivamente consolidada por aspectos mais específicos e pela renovação permanente de conhecimentos, na pós-graduação e períodos subsequentes (2, 16, 18). Neste contexto, o desejo de aprender, concretizado pela auto-aprendizagem, é uma condição indispensável no caminho para a competência profissional (24). Sem essa vontade *de ser estudante para toda a vida*, de pouco vale a informação recolhida.

Finalmente, o sistema educacional deve ter a capacidade de se adaptar e reajustar a novos conhecimentos científicos e tecnológicos, às necessidades individuais e sociais, e às condições do meio.

No conjunto, as Faculdades de Medicina devem ser intérpretes principais das modificações de comportamento dos seus utilizadores, conferindo-lhes um valor acrescentado (científico, cultural e técnico) que os torne úteis à sociedade. Deste modo, a reforma do sistema educacional precederá, naturalmente, à melhoria dos cuidados assistenciais (38).

As razões expostas justificam propostas clarividentes, visando a preparação do novo médico para a *medicina total*, através de um sistema de ensino consonante às realidades de hoje e preparado para se adequar às exigências do futuro (37). Nesse propósito não surpreende que, entre as recomendações formuladas, sobressaiam as três seguintes implicações metodológicas (1, 2, 28, 39):

- (a) Definição de um *curriculum* médico *nuclear*;
- (b) Desenvolvimento de um *ensino interdisciplinar* que promova as competências técnicas e as enquadre num sistema de valores éticos e sociais;
- (c) *Contacto precoce* com situações que exijam decisão e execução prática

Curriculum nuclear

Actualmente, o *curriculum* pré-graduado de Medicina (em muitos países, incluindo Portugal) afigura-se mais um saco em que cabe sempre (mais) uma novidade técnica ou outra área de conhecimento que os docentes responsáveis entendem indispensável à formação do futuro médico. Embora os queixumes sobre o excesso curricular sejam conhecidos desde Thomas Huxley, em 1877 (cit. em 5), as dimensões do programa atingiram o limite da capacidade de aprendizagem eficaz (28):

A formação equilibrada do futuro médico baseia-se na aquisição de conhecimentos teóricos, de competências e de perícias de execução (12, 25, 28). No entanto, a sucessiva acumulação de novos factos científicos tidos por

imprescindíveis [o *facto é rei*, como dizia Eichna (31)], estará paradoxalmente na origem da deterioração do sistema de aprendizagem. Algumas insuficiências de preparação dos médicos recém-formados, perante situações clínicas comuns que requerem actuação decisiva imediata, poderiam ser atribuídas ao peso imoderado que a componente teórica factual vem assumindo nos *curricula* das Faculdades de Medicina, sem que a educação de atitudes, as capacidades de execução e o domínio de gestos fundamentais tenham adquirido desenvolvimento paralelo (12). Por seu lado, o progresso tecnológico e científico na área médica não terá sido acompanhado por uma evolução comparável do sistema educacional os conhecimentos (factos) são realmente transmitidos, embora recorrendo a processos pedagógicos que já haviam sido utilizados na educação dos próprios docentes, por vezes dezenas de anos antes (3).

Pelo exposto, não surpreenderá que o ensino-aprendizagem seja baseado em factos (e em receitas que parecem apropriadas), sem que daí resultem maiores capacidades para reconhecer, interrelacionar ou dar solução a esses mesmos factos, quando presentes na vida prática, como recorda Fraser (28):

“...because many of our graduates possess voluminous knowledge which cannot bring to bear unless precisely triggered. Many students have great difficulties in trying to apply their knowledge to a real life problem – for example, every student knows that thiazide diuretics can cause gout, but many will not make the connection when faced with a patient presenting with a painful, inflamed joint and who happens to be taking a thiazide diuretic”.

A definição do núcleo curricular pressupõe a definição de um conjunto específico de capacidades requeridas na prática para, nesta base, reformular o que se ensina, como se ensina, e de que modo é avaliada a eficácia da aprendizagem.

Como acentua Charlton (40), o núcleo curricular incorporaria o essencial que o médico recém-formado necessita de conhecer para desempenhar (competentemente) a profissão:

“Core curriculum – The word core is deliberately chosen by analogy with an apple core which, although indigestible, contains the seeds for future growth. It also occupies a small proportion of the fruit’s volume, usually less than a quarter”.

“... A core curriculum should be devised not from theoretical considerations about what basic science excellent doctors ought to know, but from what basic science excellent doctors actually do know; what is useful in their practice. The composition of the syllabus would undoubtedly provoke fierce, perhaps endless debate, and should be under a continual process of revision”.

“In other words, the curriculum is defined in terms of need. ...Particularly relevant are critical incident studies, task analysis of established practitioners, the study of star performers and surveys of recent graduates. A combination of these approaches seems preferable to the current methods of gathering together a few wise men (professors and the like) who then proceed to devise a curriculum out of a clash of dominant personalities with the vagaries of departmental self-interest; modified by Machiavellian horse trading, and only held in check by the dead weight of tradition and inertia!”

Para que o sistema de ensino não perca eficiência há que rever continuamente o *curriculum*, adaptando-o às alterações induzidas pelo progresso tecnológico e pela renovação dos conhecimentos científicos (39, 41). Entre outras vantagens, a implantação de um *curriculum* nuclear permitiria que o ensino decorresse com tempo para assimilação da matéria e para o desenvolvimento de perícias e gestos essenciais, objectivando a formação de médicos (pluripotenciais) qualificados. Concederia ainda espaço para a aprendizagem de matérias opcionais de natureza diversa, ou para participação activa em projectos de investigação. Fundamentalmente, em lugar de *mais ciência* haveria que seleccionar *a melhor ciência* a utilizar no ensino médico (42), além de conceder maior ênfase às generalizações do que aos pormenores (43).

Todavia, a grande dificuldade neste campo continua a residir no que cada interveniente directo no processo de aprendizagem entende por *conhecimentos fundamentais*. A propósito, Szent-Gyorgyi (43) afirmava com bastante ironia que *“knowledge is a sacred cow, and my problem will be how we can milk her while keeping clear of her horns”*.

Decerto sem grande exagero poder-se-á supor que, para cada docente, *conhecimento fundamental* é tudo aquilo que ensina e nunca menos do que isso. Sendo duvidoso que haja algum docente de qualquer Faculdade de Medicina que não subscreva idêntica opinião, afigura-se complicada a tarefa de definir um *curriculum* nuclear. Como McGuire sugeriu (9), o maior obstáculo a uma reforma curricular prende-se com os protagonismos individuais:

“often policy committees in our medical schools interpret their charge as being limited to approval of the content of the curriculum, or to adjudication to territorial disputes among contending departments over the amount of time each can command, rather than to a rational consideration of the programme as a whole. Such a narrow view fails to take account of the clearly established fact that it is the total educational environment – including the relationship of students and mentors, the characteristics of the patient population available to them and the nature of responsibility given each

– which determines what students learn and what competencies they will display at the time of qualification... ”

De modo a que a definição do núcleo essencial venha a suceder, é indispensável alertar todos os intervenientes (motivados) de que as modificações curriculares, para serem eficazes, originam perdas para uns e ganhos para outros (7). Porém, este argumento não impede a resistência dos protagonistas mais activos a tudo que se afigura ameaçador de direitos adquiridos, do que não se conhece bem ou de que se discorda. Qualquer daquelas posições tem legitimidade, justificando cuidados prévios e uma planificação global que tomem em consideração pessoas afectadas e problemas emergentes da modificação curricular, procurando para uns e outras soluções consensuais favoráveis. Neste reacerto justificar-se-á que conteúdos especializados que se ensinam tradicionalmente na pré-graduação sejam depurados das partes mais específicas e aproveitados no essencial, para se ajustarem em áreas temáticas que conferem perspectivas genéricas. No fundo haverá apenas deslocação de conteúdos (bem como de docentes e estruturas de apoio) para fases diferentes da formação médica.

Não se justifica que os recursos humanos e materiais das Faculdades de Medicina sejam quase integralmente consumidos na pré-graduação. Esta fase representa uma preparação preliminar para o exercício da Medicina (11) e, como tal, deverá ser baseada em estratégias que confirmem conhecimentos indispensáveis e suficientes para o exercício eficaz de acções curativas e preventivas. Equivale isto a dizer que utilizar na formação pré-graduada matéria científica, conhecimentos tecnológicos ou perícias mais consentâneas ao exercício de especialidades (ou sub-especialidades) clínicas representa desperdícios obviamente desnecessários (41).

Ensino interdisciplinar e integração de conhecimentos

A interdisciplinaridade das ciências médicas é uma realidade inconteste com importância crescente (5, 23). Não se afigura racional que o ensino (e avaliação) das diversas disciplinas do curso médico continue(m) a decorrer em compartimentos virtualmente estanques, embora por vezes sobrepostos. Pelo contrário, esse ensino deveria florescer de uma ampla interdisciplinaridade (horizontal e vertical) de matérias afins ou sequenciais, favorável à compreensão integrada, analógica e crítica de conhecimentos, atitudes e perícias (Fig. 2).

Haveria vantagem em que o aluno de Medicina do 1^o ano aprendesse anatomia, bioquímica e outras matérias básicas numa perspectiva da realidade que é a do ser humano.

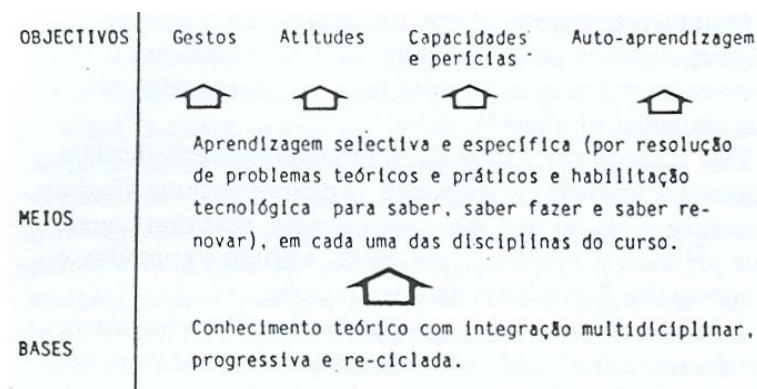


Fig. 2 – Escalonamento da metodologia educacional visando a apreciação objectiva da competência profissional.

O objectivo educacional principal consiste em preparar profissionais competentes que utilizem a ciência para exercer Medicina, e não formar cientistas médicos (31). No entanto, a educação do futuro médico deverá assentar na solidez das ciências básicas ensinadas nos anos pré-clínicos e continuar apoiada nesses fundamentos na fase de ensino clínico (12, 29). Para tal, é indispensável que os docentes do ciclo clínico compreendam e cultivem a integração das ciências básicas e clínicas e transfiram essa posição para os alunos, permanentemente (32, 44). A selecção cuidadosa de matérias pertinentes e a utilização de metodologias que destaquem a aplicabilidade directa ou potencial do que foi aprendido são factores indissociáveis do sucesso do ensino interdisciplinar (2). E assim, apesar de não serem necessariamente cientistas, os médicos terão adquirido preparação para utilizarem as ciências fundamentais de Medicina no decurso da sua actividade profissional (37).

Os conceitos das ciências básicas raramente são transmitidos em função de situações clínicas concretas, enquanto a aprendizagem clínica quase nunca refere, ou utiliza os conhecimentos aprendidos nas ciências básicas.

São requeridas soluções para que as ciências fundamentais, clínicas e de um grupo de novas áreas relacionadas, formem um conjunto pedagógico convincente (2, 3, 5, 12). A interdisciplinaridade que se sugere deverá contribuir para a formação plena do futuro médico nas seguintes vertentes técnicas e sociais:

- (a) Ciências biomédicas e clínicas;
- (b) Bioestatística e probabilismo;
- (c) Ciências do comportamento, sociologia e medicina preventiva;
- (d) Ética e humanismo.

O ensino interdisciplinar poderá ser relevante na modulação do comportamento do aluno, conduzindo-o à aquisição de competências e perícias, a par com a aprendizagem de conhecimentos técnicos, numa perspectiva mais lata de ciências integradas. Objectivos educativos fundamentais que se desejariam mais implantados – tais como: aprendizagem independente e em colaboração; análise e resolução de problemas, elaboração, síntese, e apresentação de relatórios – podem ser realidades facilitadas pelo sistema de ensino interdisciplinar.

Eventualmente, a dissociação (ainda habitual) entre os factos teóricos ensinados e as situações concretas com aplicação médica estarão na base da desmotivação dos alunos, menos interessados no que aprendem do que no resultado final dos exames. Daqui resulta que o sucesso da avaliação final nem sempre represente conhecimentos perduráveis ou preparação para os aplicar a problemas específicos.

Uma das lamentações mais frequentemente ouvidas por parte dos responsáveis pedagógicos de cada disciplina reporta-se aos exames ou provas de avaliação.

Genericamente, é referido que os alunos deixam de frequentar as aulas com a proximidade das provas de avaliação; as reclamações assumem particular vigor quando a avaliação em curso é de outras disciplinas e tem lugar no período em que decorre o ensino da própria.

Entretanto, a lógica do sistema de ensino tradicional não deixa outra alternativa (20). O aluno é influenciado, desde o início, por limites de tempo previsto para a aprendizagem e objectivos finais, que se traduzem na aprovação de cada disciplina, de preferência com classificação elevada. Em conformidade, a estratégia de estudos de cada aluno passa pela rentabilização, em tempo útil, da memorização exaustiva do que (segundo informações previamente recolhidas de colegas ou até, de docentes e tutores) lhe vai ser perguntado na avaliação. Se esta forma consistir num exame final único é óbvio de que o aluno *desertará* das aulas em que a comparência não seja obrigatória (e até das que o são) para se preparar para o exame (leia-se para a classificação) de cada uma das disciplinas em que se inscreveu. Note-se que esta estratégia estará, seguramente, em total oposição com os desígnios pedagógicos do responsável por cada disciplina e com os objectivos (decerto) estabelecidos no *curriculum*.

Admitindo que a avaliação é fraccionada ao longo do período de aprendizagem, e especificamente dirigida para a demonstração de capacidades e resultados pela aplicação concreta de conhecimentos aprendidos, a situação descrita terá pouca razão de existência. Estudos diversos, em que foram comparados grupos de alunos de Medicina ensinados pelo sistema tradicional ou pelo método de aprendizagem por resolução de problemas, evidenciaram diferenças notórias. Na generalidade, os alunos inscritos no ensino por resolução de pro-

blemas despendiam menos tempo com aulas programadas, tinham maior disponibilidade para a aprendizagem individual (desenvolvendo capacidades indispensáveis para a formação contínua), aprendiam a debater problemas e a tomar decisões com facilidade, sem prejuízo da aquisição de conhecimentos científicos (45, 46). A eficácia da interdisciplinaridade depende da metodologia utilizada no ensino e na avaliação. O aluno não valorizará a integração das matérias científicas diferentes se estas forem examinadas em separado (2, 47). É do conhecimento comum que os métodos de avaliação determinam significativamente o rendimento e apetência para o que se aprende (48, 49).

O sistema de avaliação deverá ser muito mais do que um processo administrativo, a cumprir por professores e estudantes. Estes sentir-se-ão, decerto, mais motivados em aprender se a avaliação estiver adaptada a objectivos pré-estabelecidos, os recompensar pelo esforço despendido e/ou lhes possibilitar a correcção de erros e insuficiências comprovadas.

O empenhamento dos estudantes (e docentes) é fundamental para o sucesso de qualquer processo de ensino-aprendizagem (33). Por conseguinte, a compreensão e aceitação dos objectivos traçados em comum são particularmente importantes no limiar de uma reforma educacional (7).

Todavia, a interacção estudante-sistema educacional nem sempre é pacífica. Estão descritas situações em que os discentes como que resistem à aquisição das qualificações exigidas. Adicionalmente, há sinais de que o empenhamento, interesses e capacidades pedagógicas dos docentes são, com frequência, insuficientes para as funções e objectivos estabelecidos (7, 50). A propósito, Torres Pereira (50) acentuava:

“Quanto aos docentes há igualmente toda uma reforma a exigir, provavelmente só possível com o acesso de novas gerações às áreas de decisão. Efectivamente poder-se-ão considerar professores universitários funcionários públicos que passam pelos locais da Universidade em part-time, que durante o ano lectivo proferem algumas lições para uma dezena de alunos, que não estão disponíveis para atendimento destes nos Institutos ou Clínicas Universitárias, que não vivem a sua vida nesses verdadeiros locais de ensino universitário, que se preocupam mais com a importância da sua disciplina como fonte de prestígio pessoal e social do que modestos tijolos dos edifícios da pré e da pós-graduação?”

Pelo contrário o docente universitário um dia viverá integralmente nesses locais de trabalho, enriquecê-los-á pelo seu saber, pela sua experiência, pela sua preocupação em fomentar a investigação, e acima de tudo pelo seu exemplo. Há razões para crer que em termos pedagógicos essa maneira de estar, esse exemplo, seja uma das mais válidas experiências que o aluno colhe, regista e faz perdurar do professor universitário.”

Levi Guerra (34) acentuava também a importância da disponibilidade como (outro) predicado importante requerido aos docentes:

“O docente, com as exigências de qualidades pessoais e profissionais que preside, ou deve presidir, à sua escolha, é sempre, ou deveria ser, alguém possuído de dinamismo e gosto pelo ensino, motivado pela investigação científica e preparado para ela, qualificado com excelência e portanto muito competente, na área clínica a que se dedica, através de uma prática...médica ou cirúrgica... adquirida com rigor, zelo, treino e estudo, resultado entre outras coisas da sua disponibilidade pessoal durante a aprendizagem clínica e a disponibilidade de quem o deve ensinar. Depois há que manter todas essas vertentes em grande plano de actuação permanente”.

O ambiente (humano) das Faculdades de Medicina influencia o processo de aprendizagem dos estudantes e, inclusivamente, as suas atitudes futuras perante determinadas situações clínicas (11).

Este aspecto, recordado em editorial do Lancet (51), mantém perfeita actualidade no presente. O melhor docente não é o que sabe mais ou tem mais experiência mas sim aquele que, pelo seu exemplo e rigor, ajuda o aluno a aprender e a concentrar finalidades no que aprende:

“...Teachers have little expertise in educational methods. No pressure is placed on them to acquire it and there are few incentives offered to those who wish to improve their teaching. It is assumed that enthusiasm, experience, or knowledge of a subject can compensate for this deficiency. But this is not the case. The best teachers are those who help students to learn effectively; they are not necessarily the most popular individuals or the best lecturers. There is much more to the promotion of learning than the transfer of information. An educational programme involves many teachers and should be properly planned and coordinated if it is to be both effective and efficient. At present curricula are designed, time allocated, teaching methods chosen, and examinations prepared without anyone having a clear idea what students should be able to do at the end of the course. Some may believe that such a laissez-faire attitude is a desirable characteristic of university education but it seems a curious way to handle anything as important and expensive as the training of doctors”.

O idealismo dos primeiros anos poderá desvanecer-se ao longo do curso, consoante forem as condições de aprendizagem e os docentes que tutelam. Por isso há quem afirme, ironicamente, que as convicções do aluno de Medicina, à medida que progride no curso, tendem a transitar do idealismo para o cepticismo, para finalizarem em cinismo (11). Em parte, estas atitudes

funcionam como escape de emoções geradas na vivência inexperiente de situações penosas, de dor e morte. Cabe aos docentes moderarem esses comportamentos, sob pena de se tornarem definitivos e, portanto, inconvenientes e indesejáveis pelos doentes.

Na realidade, haverá algum doente que tenha confiança num médico que não lhe atenda as queixas, que não lhe suavize a dor ou que o trate como uma *não-pessoa*?

Aprender a fazer bem

A competência profissional é a consequência natural da boa aprendizagem (teórica e prática) de qualquer ramo do saber. A perícia conseguida será o resultado da aplicação prática, intensa e rigorosa dessa competência. A competência e a perícia são predicados importantes nos clínicos qualificados que oferecem confiança aos doentes. O objectivo prioritário em Medicina é (ainda) dar solução eficaz aos problemas que afligem os doentes e, simultaneamente, proteger a saúde dos indivíduos (9).

Analisando o relato (pitoresco) do sistema tradicional de ensino médico em Inglaterra através de extractos publicados no *Lancet* (cit. em 52) em finais do século passado, há razões para duvidar da competência profissional dos clínicos da época, pelo menos junto dos que foram os seus primeiros (muito propriamente) pacientes:

“...at a recent examination...the candidates were asked to describe a vernier, an instrument for estimating fractional measurements. The written answers were admirable descriptions of the apparatus in question. At the viva voce examination students were shown a vernier. Not one of them knew what it was” (Lancet 1880; ii p. 572).

“What is meant when we speak of hospital work by a student? What do we find? A physician of eminence at a certain hour every day, say at noon, enters his ward with train of thirty or forty students. He has probably fifty patients to attend to. He can spare only two or three minutes, scarcely so much, to each. He is accompanied by two clinical clerks; one writes the symptoms etc. in a book from the physician’s dictation; the other, also from his dictation, writes the recipes in a book, to be made up by the dispenser. He then passes on to the next bed... What possible instruction can a student derive from such a system as this?” (Lancet 1881; ii p. 87).

“...the (clinical) examination at the College of Surgeons was certainly practical, though it did not take place at the bedside, and the same might be said of the examination at the Apothecaries’ Hall. There were sixteen or twenty patients present, and the examiner (sic) asked each candidate in the

space of time allowed (ten minutes) to examine a case, and give a rapid diagnosis” (Lancet 1875; ii p. 11).

Apesar do absurdo da situação, alguns resquícios daquela metodologia educativa são detectáveis nas Faculdades de Medicina actuais, conduzindo (inevitavelmente) a resultados comparáveis (37, 39). Por outras palavras, um número considerável de Faculdades de Medicina não confere preparação adequada aos seus alunos, pelo menos quanto à capacidade de tomar decisões objectivamente correctas, capacidade de execução e/ou perícias nos actos médicos. Justifica-se do exposto a afirmação de que muitos destes actos são baseados mais no ritual do que na razão (11, 37), o que representa a falência de um processo educativo sobrecarregado com informações, muitas das quais inúteis (7).

Entre outras capacidades indispensáveis, o futuro médico terá de aprender a tomar decisões, muitas vezes baseadas em incertezas (biológicas, sociais e/ou pessoais) e, apesar de tudo, ter a consciência da responsabilidade assumida e a resistência psicológica para lhe suportar as consequências (24).

A prática da Medicina está em constante mutação, não sendo raro verificarem-se alterações drásticas, designadamente nos fundamentos científicos e soluções terapêuticas desenvolvidas para determinadas situações patológicas (53). Nesta aproximação, os problemas médicos deverão ser resolvidos (racionalmente) por conceitos científicos e tecnologias apropriadas (7). Isto não significa, porém, que as exigências concretas dos doentes (físicas e psicológicas) sejam solucionadas, ou que a mudança de atitudes represente uma reforma dos comportamentos e perspectivas dos docentes, e da metodologia educacional que utilizam.

Todavia, a adaptação dos cuidados médicos às necessidades dos doentes não seria, na opinião de Bloom (3), mais do que uma (quase) utopia, já que os cuidados médicos “*seriam forçados a adaptar-se ao progresso das ciências básicas de Medicina*”.

A ser assim, haveria descontinuidades potenciais entre o que os doentes precisam e o que lhe é disponibilizado pelo sistema de educação médica. De facto, cada uma das posições referidas pré-figura perspectivas diferentes do que é a Medicina e do modo como deverá ser ensinada.

Há quem (amargamente) considere que a ideologia humanística da educação médica (objectivada para preparar clínicos com capacidades e aptidões para solucionar as necessidades de saúde de uma sociedade em mudança) não é mais do que um cenário (3). O principal interesse das instituições de ensino médico estaria na investigação, ocupando a educação um lugar secundário, praticamente imutável em métodos e objectivos (28). Em termos práticos, este percurso dissociado das realidades sociais, baseado num processo educativo com fundamento exclusivo nas ciências e na tecnologia, conduziria à alienação do médico e à desumanização da Medicina (3, 28).

Não é certo que a transmissão da informação científica entre os que ensinam e os que a aprendem conduza, implicitamente, à aquisição de novos comportamentos. Todavia, este é (ainda) um pressuposto do processo de educação passiva, que se apoia na memorização de factos, em aulas magistrais e nos exames (únicos) finais. O que o aluno aprendeu e deveria *saber fazer* é frequentemente secundarizado pelo *saber descrever bem como se faz*, isto é, pelo saber livresco. As consequências (imprevisíveis) deste desacerto justificam preocupação e reflexão, com incidência no plano curricular do curso e, fundamentalmente, na perspectiva social e filosófica em que assenta.

Os *curricula* derivam genericamente de perspectivas educacionais que (em determinado momento, sistema ou instituição) se afiguram mais convenientes para os objectivos definidos (3). Um plano curricular (convencional) que se articule prioritariamente na investigação e no conhecimento científico difere (em conteúdo e estratégia) do sistema de formação de clínicos vocacionados para a prestação de cuidados primários de saúde. Tendo em conta estes dois modelos haverá, necessariamente, diferenças na organização estrutural de cada Faculdade de Medicina, no perfil dos docentes contratados e nos critérios de selecção dos novos alunos (54).

Atendendo a que a educação médica é indissociável da prestação de cuidados clínicos, qualquer modificação nesta vertente poderá justificar a reavaliação e/ou reformulação (pontuais ou alargadas) do processo educativo em uso. Fundamentalmente, interessa a todos (docentes, médicos, instituições do ensino e governantes) que as Faculdades preparem clínicos competentes para dar solução às necessidades assistenciais da população (38) e não, como dizia Fernando de Pádua, “*para aprender técnicas terapêuticas que não irão usar, para tratar doentes que não irão ter*” (55).

Numa análise simplista do problema, haverá poucas dúvidas de que um ensino médico sustentado na patologia típica das enfermarias hospitalares e apoiado em exames auxiliares de diagnóstico sofisticados não garante, por si, preparação e experiência adequadas à assistência clínica a doentes ambulatórios (2, 44, 50).

Tomando ainda como exemplo extremo os *curricula* e conteúdos do programa ensinado nas Faculdades de Medicina nacionais, será utópico admitir que a aprendizagem aí decorrente tenha plena utilidade para os jovens médicos que venham a exercer actividade clínica nos países em que o paludismo, a bilharziose e outras parasitoses e infestações constituem a primazia da patologia local.

Limitações equivalentes são enfrentadas por todos os jovens clínicos que transitam dos hospitais centrais escolares para uma comunidade rural, onde os recursos radiológicos e as análises mais simples podem distar dezenas (ou centenas) de quilómetros, não poucas vezes ultrapassam as possibilidades económicas dos doentes e cujos resultados demoram a chegar. Nestas

condições (de modo nenhum excepcionais), será que as Faculdades de Medicina nacionais estão a formar clínicos capazes de ultrapassar as dificuldades e carências de meios, aptos a resolverem problemas psicossociais e, essencialmente, a prestarem assistência médica a essas populações? E, além disso, capazes de auto-renovarem conhecimentos durante toda a vida profissional?

As contínuas modificações de organização e formas de vivência das sociedades contemporâneas reflectem-se no Homem, sendo causa potencial de desequilíbrios psicológicos e ou de patologias somáticas diversas. Todavia, essas alterações que surgem, requerendo cuidados clínicos adequados, não estão a ser acompanhadas por reacertos específicos do sistema de formação médica. Daqui resultam eventuais discrepâncias entre a assistência requerida e a facultada. Grande parte dessas lacunas de formação, com particular relevância nos médicos mais antigos, incide na medicina preventiva, aspectos psicossociais e alterações do comportamento, isto é, nos sectores que representam actualmente as preocupações primordiais na área da Saúde (53) e que, segundo McGuire (2), constituem prioridades para o futuro próximo:

“...health-care needs suggest some areas of required improvement in medical education. Specifically greater concern for professional attitudes so that patients are guaranteed compassionate, personalized care; more attention to the process of medical decision-making to assure that patients receive the most efficacious treatment no matter how or where they fall ill; and a shift in emphasis from acute care to health promotion, as the most efficient, effective and humane way of utilizing scarce resources...”

Na ausência de reajustamentos curriculares que acompanhem as novas necessidades assistenciais da comunidade, e não sendo essa formação tutelada por clínicos experientes, é de prever que os médicos recém-licenciados tenham dificuldades (de adaptação e de concretização) profissional. Eventualmente, o interesse dos recém-licenciados por especialidades ou sub-especialidades com elevado índice tecnológico (e, de preferência, com pouco ou nenhum envolvimento na assistência directa a doentes) sublinhará a descontinuidade que começa a existir entre o perfil do médico formado pelas actuais Faculdades de Medicina e a realidade assistencial que os aguarda (53, 56).

O êxito da formação médica passa pela definição prévia dos objectivos, gerais e específicos (19, 56). Enquanto os objectivos gerais são suficientemente consensuais nos (grandes) princípios indiscutíveis, os específicos levantam contestações episódicas.

É importante definir o significado da competência médica a partir do momento em que o médico de base (ou pluripotencial) tem permissão para exercer clínica não tutelada. Esta preocupação é justificada pelas inúmeras solicitações de natureza médica e não-médica a que um jovem clínico está

sujeito desde o início da carreira, com frequência sem apoio relevante de colegas mais experientes. As qualidades e capacidades requeridas a um médico pluripotencial serão eventualmente semelhantes às exigidas aos clínicos gerais alemães na década de 70: de todos os doentes examinados, cerca de 70% tinham afecções próprias de medicina interna, 8% eram situações ginecológicas e 8% psiquiátricas; desses doentes, 90% eram tratados directamente, sendo 8% remetidos para os especialistas e 2% para o hospital. No total, 87% dos medicamentos receitados aos doentes eram prescritos pelos clínicos gerais (57).

O Quadro I apresenta uma proposta das principais capacidades a desenvolver na pré-graduação. Em fase precoce da actividade clínica pós-graduada devem esses futuros médicos possuir capacidades intelectuais, competências e perícias polivalentes, suficientes para desempenharem cabalmente a profissão a nível geral, ou para enveredarem pela aprendizagem duma especialidade à escolha (37, 53).

Quadro I – Capacidades a objectivar no futuro médico

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1 – Memorizar e manipular constantemente factos, conceitos e teorias;2 – Resolver problemas com rigor, perspicácia e persistência;3 – Utilizar meios informáticos para fins específicos;4 – Elaborar relatórios, pareceres e outra documentação específica;5 – Utilizar literatura médica;6 – Abordar o paciente de modo prioritariamente humanitário;7 – Executar um conjunto pré-definido de manobras e tarefas, algumas das quais perigosas, embora essenciais;8 – Prevenir, diagnosticar e tratar um conjunto pré-definido de situações patológicas, e ter a noção do seu custo para o doente e sistema pagador;9 – Aconselhar indivíduos e seus familiares perante o sofrimento e situações de vida ou morte. |
|--|

O reforço da integração entre a teoria e a prática conduz, inevitavelmente, à compreensão dos gestos e práticas e ao aumento da competência clínica. Acresce que os problemas serão resolvidos melhor se situações equivalentes forem observadas e aprendidas anteriormente (39, 53). Por conseguinte, reitera-se que os objectivos específicos do *curriculum* médico das Faculdades de Medicina devem acentuar a aprendizagem de conhecimentos, atitudes e gestos essenciais, reservando os pormenores e sofisticações próprias das especialidades para a pós-graduação (19, 28).

A enumeração das competências e práticas essenciais exigíveis ao médico polivalente recém-licenciado poderá afigurar-se uma redundância para alguns sectores docentes menos atentos às realidades do meio.

Um desses argumentos (talvez o mais comum) considera que a enumeração pormenorizada dos gestos e perícias que um recém-licenciado deve saber executar com precisão contraria o sentido da educação universitária. Todavia, há razões para crer que a definição precisa desses objectivos específicos oferece vantagens inegáveis (51), designadamente (i) orienta (com apoio docente) a aprendizagem dos discentes para uma finalidade precisa, (ii) apoia os critérios de avaliação dos progressos atingidos, e (iii) facilita a planificação (e adaptação) do plano curricular em torno dessas especificidades.

No conjunto, pretende-se que três objectivos essenciais da educação médica – *saber*, *saber fazer*, e *saber estar* – sejam conseguidos conforme um plano pré-estabelecido, que culminaria na formação de médicos profissionalmente competentes.

Conclusões

A preparação e desenvolvimento da pré-anunciada *Reforma do Ensino Médico* nacional deverão ser (muito) mais do que um processo reformista. Para que seja autêntica, na plena assunção da palavra *Reforma*, exige criatividade, clarividência, ousadia e, sobretudo, grande empenhamento educativo por parte dos seus intervenientes directos.

Fundamentalmente, para que seja eficaz e duradoura nos propósitos, terá chegado o momento de basear a reforma curricular numa filosofia educacional de horizontes alargados, para além dos interesses individuais dos protagonistas, e que passa pelos pontos de reflexão seguintes:

- 1 – A Formação Médica é um processo educacional complexo e prolongado, que tem por objectivo principal formar profissionais competentes e aptos a manterem-se actualizados durante toda a vida profissional, visando o tratamento do homem doente e a preservação da sua saúde;
- 2 – A Formação Médica fundamenta-se no conhecimento científico e deverá ser dirigida para realidades concretas (presentes e a antecipar) que exigem, além do saber técnico, elevada compreensão pelos valores sociais, éticos e psicológicos do homem, na doença e na saúde;
- 3 – A Educação Médica tem por objectivo o desenvolvimento de quatro vertentes essenciais – profissional, cultural, progresso do saber e transmissão de conhecimentos – em qualquer das fases da formação;
- 4 – A Formação Médica engloba três fases sequenciais – pré-graduação, pós-graduação e contínua – que requerem permanente reavaliação e adaptação às realidades técnicas e sociais;

- 5 – A Formação Médica pré-graduada, da responsabilidade exclusiva das Faculdades de Medicina, deverá ter lugar em laboratórios, salas de aulas, enfermarias, centros de saúde e domicílios de doentes e indivíduos carentes de cuidados de saúde;
- 6 – O Ensino Médico pré-graduado deverá basear-se num *curriculum* nuclear, que inclua conceitos das ciências básicas e clínicas, do comportamento, probabilísticas, sociológicas e da informação;
- 7 – Essencialmente, o *curriculum* nuclear constitui um plano pré-estabelecido para a formação de médicos competentes pelo saber, saber fazer e saber estar;
- 8 – O médico recém-licenciado terá formação pluripotencial, podendo optar pelo exercício da actividade assistencial, investigação e/ou docência médicas;
- 9 – A eficácia, desenvolvimento e actualização teórica e prática da Formação Médica são condicionados pela congregação de estruturas, meios e pessoas dependentes da dupla tutela Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Carências em um ou mais desses suportes limitam a eficácia educacional, e *ipso facto*, a qualidade da actividade profissional, designadamente a de âmbito assistencial.

Bibliografia

1. Association of American Medical Colleges. Physicians for the Twenty – First Century. – Report of the Project Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine, Association of American Medical Colleges. J Med Educ 1984; 59, part 2.
2. Marston RQ – The Robert Wood Johnson Foundation Commission on Medical Education. The sciences of medical practice, summary report. J. Am. Med. Assoc. 1992; 268:1144-1145.
3. Bloom SW – The medical school as a social organization the sources of resistance to change. Med. Educ. 1989; 23:228-241.
4. Pinto Machado J – Para uma reforma da educação médica. Educ. Med. 1992; 3:56-61.
5. Buckley E.G. Basic medical education in transition (editorial). Med. Educ. 1993; 27:113-115.
6. Harden RM – Approaches to curriculum planning. Med. Educ. 1986, 20:458-466.
7. Grant J, Gales R – Changing medical education. Med. Educ. 1989; 23:252-257.
8. Ramalingaswami V – Medical education how is change to come about? Med. Educ. 1989, 23:328-332.
9. McGuire C – The curriculum for the year 2000. Med. Educ. 1989; 23:221-227.
10. Harden RM – Ten questions to ask when planning a course or curriculum. Med. Educ. 1986; 20:356-365.
11. Jeffery M, Elston MA – The medical school as a social organization. Med. Educ. 1989; 23:242-251.

12. Tosteson DC – New pathways in general journal medical education. *N. Engl. J. Med.* 1990; 322:234-238.
13. Moy RH – Critical values in medical education. *N. Engl. J. Med.* 1967; 301:694-697.
14. Swineford O – Medical education retrospective and prospective observations Southern. *Med. J.* 1977; 70:191-194.
15. Editorial – Medical education and political reform. *Med. Educ.* 1992; 26:263.
16. Mellièrè D – Stratégie pour l'amélioration de l'enseignement médical et des soins. *Nouv. Press. Méd.* 1975; 4:595-598.
17. The Edinburgh Declaration. *Lancet* 1988; ii: 464.
18. Editorial – The World Conference on Medical Education. The Main Subjects and Discussion. *Med. Educ.* 1988; 22:483-487.
19. Pinto Correia J – Revisão do curriculum escolar no ciclo clínico. *Acta Méd. Port.* 1985; 6:125-127.
20. Clawson DK – The education of the physicians. *Acad. Med.* 1990; 65:84-88.
21. Engel GL – The need for a new medical model a challenge for biomedicine. *Science*; 1977; 196:129-136.
22. Pinto Machado J – Divagações sobre a reforma do Curso Médico. III Objectivos do Curso. *O Médico* 1975; 76:240-241.
23. Celestino da Costa J – Nota de Introdução (à V Reunião da Sociedade Portuguesa de Educação Médica: Hospitais Universitários II – As Soluções Necessárias, Lisboa 10 de Outubro de 1992). *Cadernos de Educação Médica* 1993; 164-70.
24. Tosteson DC – Learning in Medicine. *N. Engl. J. Med.* 1979; 301:690-694.
25. Recommendation on Basic Medical Education General Medical Council Education Committee, Great Britain 1980.
26. Relatório da Comissão de Reforma do Ensino Médico (presidente N. Cordeiro Ferreira), *Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Médica*, 1993; 3 (2): 27-29
27. Pinto Machado – Divagações sobre a reforma do curso médico. III Objectivos do curso. *O Médico* 1975; 76:191-193.
28. Fraser RC – Undergraduate medical education present state and future needs. *Br. Med. J.* 1991; 303:41-43.
29. The Academic Medicine Group (Chairman R. Hoffenberg). Academic medicine problems and solutions. *Br. Med. J.* 1989; 298:573-575.
30. Evans BM – Educating – for a qualification or a career? *Biochem Educ.* 1991; 19:121-124.
31. Eichna LW – Medical school education, 1975-1979. A student's perspective. *N. Engl. J. Med.* 1980; 303:727-734.
32. Miller Guerra JP – As universidades tradicionais e a sociedade moderna. Lisboa: Moraes Editores, 1970.
33. Lobo Antunes J – Reflexões sobre uma reforma do ensino. *Boletim da Faculdade de Medicina de Lisboa* 1989; nº 456-8.
34. Guerra L – Reformas e reformas (Editorial). *Arq. Med.* 1991; 5:72

35. Calman KC, Downie RS – Education and training in medicine. *Med. Educ.* 1988; 22:488-491.
36. Defence RA – To be educated or to be trained? (Editorial). *Mayo Clin. Proc.* 1989; 64:1022-1023.
37. Dornhorst AC – Information overload. Why medical education needs a shake-up. *Lancet* 1981; ii: 513-514.
38. Cotton P – Medical schools receive a message reform yourselves, then take on health care system. *JAMA* 1991; 266:2802-2804.
39. McManus IC – A core medical curriculum (Editorial). *Br. Med. J.* 1989; 298:1051.
40. Charlton BG – Reshaping the preclinical medical curriculum a modest proposal. *Biochem. Educ.* 1991; 19:192-193.
41. Fleming W – The national curriculum and medical education (Editorial). *Br. Med. J.* 1989; 298:135.
42. Nossal GJV – Science on the medical curriculum. *Lancet* 1976; ii: 840-842.
43. Szent Gyorgyi A – Teaching and the expanding knowledge. *Science* 1964; 146:1278-1279.
44. Pádua F – Apreciação do currículo escolar. *Rev. Port. Terap. Méd.* 1985; 9:153-158.
45. Jones RF, Anderson MR, Swanson AG – Preclinical curriculum characteristics and institutional performance on NBME part 1. *J. Med. Educ.* 1986; 61:872-877.
46. Richards BF, Cariaga LD – A comparison between students in problem based and traditional curriculum at the same medical school preparing for the NBME part 1. *Med. Educ.* 1993; 27:130-136.
47. Mehler AH – Integration of examinations and education. *Biochem. Educ.* 1992; 20:10-13.
48. Mazer A – La vraie réforme pédagogique. *Nouv. Press. Méd.* 1976; 5:1651-1653.
49. Martins e Silva J. Relatório Pedagógico, Univ. Lisboa, 1977.
50. Torres Pereira A – Existe uma perspectiva europeia nos ciclos básico e pré-clínico da Educação médica? *Boleim FML* 1987; nº 22:1-3.
51. Editorial Goals and objectives in medical education. *Lancet* 1977; ii: 985-986.
52. Youngson AJ – Medical education in the later 19th century the science take-over. *Med. Educ.* 1989; 23:480-491.
53. Parry KM – The curriculum for the year 2000. *Med. Educ.* 1989; 23:301-304.
54. Mahleu B, Beland F, Pincault R, Rivest P, Valois L – Do conventional and innovative medical schools recruit different students? *Med. Educ.* 1989; 23:30-38.
55. Pádua F – Do ensino e da investigação em Terapêutica Médica. *Rev. Port. Terap. Méd.* 1967; 1:1-13.
56. McCarty DJ – Why are today's medical student choosing high-technology specialities over internal medicine? *N. Engl. J. Med.* 1987; 317:567-569.
57. Émerit J – Les études médicales en Europe occidentale. *Nouv. Press. Méd.* 1977; 6:2087-2088.
58. Newble DT – Assessing clinical competence at the undergraduate level. *Med. Educ.* 1992; 26:504-511.

A Reforma Curricular. Filosofia de Ensino/Aprendizagem: Uma Vertente a Rever*

Deficiências a corrigir

A reformulação curricular que decorre nas Faculdades de Medicina nacionais reflecte a preocupação e a urgência em modificar substancialmente o que se afigura deficiente no actual sistema do ensino médico. Uma das críticas mais pertinente dos responsáveis pela formação pós-graduada que tutelam a prática clínica hospitalar e comunitária sustenta que os recém-licenciados carecem de preparação no âmbito da aquisição e renovação da informação, da metodologia e objectivos de investigação, da programação de actividades, e pouco ou nada sabem de economia e gestão de recursos. São ainda conhecidas outras lacunas da formação pré-graduada, em que se destaca a escassez de treino adquirido para a execução de manobras médicas indispensáveis a observações clínicas de rotina, dificuldades na resolução de situações clínicas comuns de âmbito não-hospitalar, alguma menor preparação para a abordagem de problemas psicossociais próprios da sociedade contemporânea, e (por vezes) discutível capacidade de intervenção perante valores humanos e éticos implícitos no relacionamento com colegas, outros profissionais de saúde, doentes e seus familiares. Finalmente, parte significativa dos docentes e estudantes partilha a convicção de que o sistema de ensino médico pré-graduado evidencia distorções inaceitáveis que urge corrigir. No seu conjunto, as deficiências sugeridas assemelham-se às detectadas em Faculdades de Medicina estrangeiras que (também) adoptaram o *curriculum* e sistema de ensino tradicionais (1). Esses problemas simbolizariam o estado de degenerescência crónica do sistema educativo pré-graduado, que Guilbert designou por “curriculopatia” (2).

Porém, a despeito da crescente chamada de atenção para os problemas de formação médica por parte dos seus principais intervenientes, a situação permanece sensivelmente inalterada. Ensinar continua a ter como significado

* A – In: Revista da FML1993; I (11): 369-373.

primordial “dar aulas”, enquanto aprender equivale (ainda) a concentrar esforços na memorização (imediata e intensiva) de toda a informação (boa ou má, pertinente ou irrelevante, seja ou não utilizável), desde que assegure a “passagem” nos exames.

Sistema de ensino-aprendizagem

O sistema de ensino-aprendizagem inclui três componentes interactivos fundamentais: docente, aluno e conteúdos. A eficácia daquele sistema será naturalmente determinada pelos princípios de aprendizagem cognitiva em que se baseia.

Numa perspectiva lata são identificáveis duas correntes filosóficas – o Empirismo e o Racionalismo – de que resultaram conceitos aplicáveis à psicologia da aprendizagem. O método indutivo, fundamentado no Empirismo, pressupõe que o conhecimento se acumula pela observação progressiva e sistemática de factos reais; o método dedutivo, pelo contrário, atribui o conhecimento à racionalização dos factos e à reflexão gerada pela observação cuidadosa desses acontecimentos (3). Segundo este conceito, a aprendizagem resulta essencialmente da actividade cognitiva (interesses intrínsecos) de quem aprende pela compreensão dos assuntos e estruturação do conhecimento (estrutura cognitiva), de que resulta a sua conservação em memória duradoura.

De acordo com Bloom (4) o domínio cognitivo inclui dois níveis principais (inferiores e superiores), cada um dos quais é ainda subdivisível em três patamares (Quadro I). Os componentes do nível inferior referem-se à aquisição de conhecimentos simples e concretos, contudo indispensáveis para o desenvolvimento de componentes complexas e abstractas. Afigura-se recomendável que o sistema educacional adapte estratégias que permitam a aquisição de todas as capacidades objectivadas. Na generalidade dos casos, porém, esses propósitos globalizantes não são conseguidos, exactamente devido ao tipo de conceito educacional ainda prevalecente nas Faculdades de Medicina.

Quadro I – Estruturação do domínio cognitivo em função dos objectivos educacionais

Nível Inferior	{ 1. Conhecimento 2. Compreensão 3. Aplicação
Nível Superior	{ 4. Análise 5. Síntese 6. Avaliação/Crítica
(de acordo com Ref. 4)	

Simplificando, poder-se-á afirmar que o método indutivo favorece o desenvolvimento de capacidades cognitivas de base, sendo as de ordem superior beneficiadas pela aplicação de processo dedutivo (5).

Os conceitos de ensino mais simples tendem a restringir-se a um pressuposto bifacetado: o conhecimento é informação que o docente transfere para o aluno; em simultâneo, o aluno é formado pelo docente através de um processo de “modelagem” que, tal como um escultor, tenta reproduzir o original. Por seu lado, as teorias racionalistas defendem que a aprendizagem é centrada na motivação e esforço activo do discente, que desenvolve as suas potencialidades intrínsecas com orientação e apoio do docente. Em princípio, a congregação dos dois conceitos beneficiará a formação integral do aluno, sendo pedagogicamente desaconselhado o recurso isolado a qualquer daqueles sistemas (5,6).

A utilização exclusiva da primeira daquelas teorias tem sido apontada como causa potencial de frustrações, desadaptações e baixo rendimento da aprendizagem; os alunos sentem que não progredem e/ou sentem-se inseguros perante situações que requerem solução concreta; a informação aprendida nas ciências básicas (memorizada, na generalidade) afigura-se-lhes inútil e/ou inutilizável perante problemas clínicos específicos (7). Na realidade, o panorama descrito não se coaduna com as recomendações internacionais que vêm sendo expressas por associações médicas profissionais e de ensino médico (8-10), as quais consideram essencial que os estudantes *aprendam a aprender* (independentemente, durante toda a vida profissional activa), *aprendam a fazer* e a resolver problemas, e *aprendam a estar* em conformidade a valores culturais, humanísticos e sociais do meio em que irão actuar.

Ensino-aprendizagem de adultos jovens

Existe a convicção de que muitos dos problemas de aprendizagem (com reflexos inevitáveis na preparação do futuro médico) derivam da secundarização conceptual do alvo a que é dirigido o ensino, ou seja, o estudante (7). Os processos de ensino mais convencionais, centrados no docente e na transferência da informação, não relevam um dado fundamental: os alunos de Medicina são *adultos jovens*. Este tipo de alunos evidencia características (Quadro II), que requerem adequação de conceitos e de métodos de ensino, com fundamento científico reconhecido (11).

Entre o seu ingresso e a formatura aqueles estudantes registam alterações psicológicas importantes, com destaque para a afirmação de identidade, independência e interdependência (7). O desenvolvimento do ego e da auto-estima são passos importantes na formação do aluno (e futuro médico), bem como a existência de oportunidades que lhes estimula a criatividade. Obvia-

Quadro II – Algumas características que os adultos jovens têm ou julgam ter

- Sentido de responsabilidade;
- Esclarecimento intelectual;
- Experiência que lhes confere potencial de acção;
- Motivação para aprender o que lhes interessa e antevêm com aplicação próxima;
- Maior preferência pela resolução de problemas do que para a aquisição de conceitos e conteúdos abstractos.

(De acordo com Ref. 5)

mente, um processo educacional que privilegie a transferência simples de informação (que não é sinónimo de *conhecimento*, entendido como a capacidade de utilizar essa informação), é um ensino passivo que confere poucas hipóteses à criatividade do aluno, não estimula a integração dos conhecimentos, não favorece a aprendizagem independente nem o desenvolvimento das suas capacidades críticas. Em consequência, o aluno tende a alhear-se da aprendizagem ou rejeita-a, e dedica os seus esforços a ultrapassar as dificuldades da avaliação (7.12). A aprendizagem, sendo dissociada e superficial (13), torna irresistível a memorização (também superficial) de inúmeros factos, que serão esquecidos rapidamente (14), tendo em vista um “lucro” final valioso, que é a classificação elevada (7).

Conhecimento não é apenas informação

Howard Barrows (12), neurologista de formação, que se tornou um dos pioneiros e principal defensor do sistema de aprendizagem por problemas (*Problem-Based Learning*, PBL) classificou de “trágica insuficiência” os anos gastos nas Faculdades de Medicina e os esforços dispendidos por alunos e docentes envolvidos no sistema de formação médica convencional. Neste processo educacional ressalta a baixa quantidade de conhecimentos básicos que o aluno está apto a utilizar nos períodos de aprendizagem clínica (15), sendo também notória a dificuldade em resolver problemas através da informação anteriormente memorizada (16).

O conjunto das razões invocadas justifica o movimento de renovação do sistema de formação médica pré-graduada, iniciado aproximadamente em 1966, na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de McMaster, EUA (17), e que esteve na origem do PBL.

Mais do que um método de ensino por resolução de problemas, Barrows prefere designar o PBL por “aprendizagem cognitiva”, por dois motivos

(12): (a) primeiro, o aluno aprende, através de situações concretas ou simuladas, a analisar cada problema e a identificar o conhecimento indispensável para lhe dar solução; numa fase precoce do ensino não se pretende que o aluno saiba resolver problemas, como a designação mais comum do método poderia sugerir; por este método pretende-se que o aluno aprofunde e adquira novos conhecimentos e capacidades; (b) em segundo lugar, a aprendizagem é orientada por conceitos de psicologia cognitiva e, naturalmente, pelo racionalismo.

Destacam-se no Quadro III alguns princípios fundamentais da aprendizagem cognitiva. Do exposto é possível concluir que o conhecimento tende a ser conservado em memória e a ser facilmente invocado quando estruturado em redes de conceitos e interações, quando houver elaboração conceptual, estiver organizado para determinada finalidade, e quando a aprendizagem for (particularmente) motivada por interesses intrínsecos.

Quadro III – Alguns teoremas fundamentais da aprendizagem cognitiva

1. O nível e a qualidade do conhecimento prévio influenciam directamente a aquisição de novas informações;
2. A compreensão e renovação da informação mais recente beneficiam do recurso de estratégias que activem o conhecimento prévio, em contexto comum;
3. A evocação de conhecimentos antigos depende de activação em contexto comum;
4. O conhecimento deve ser estruturado; a profundidade, exactidão e compreensão desse conhecimento depende da qualidade das redes (de conceitos e interações) estabelecidas na memória;
5. A elaboração do conhecimento durante a aprendizagem melhora a sua memorização e evocação;
6. A motivação para aprender melhora a aprendizagem.

(De acordo com Refs. 3 e 18)

No Quadro IV são evidenciados os principais objectivos da PBL. É sem dúvida uma aproximação mais racional aos processos de elaboração cognitiva, embora o seu êxito dependa drasticamente de um ensino em pequenos grupos de alunos (5 a 6 alunos para 1 docente) e de docentes qualificados e disponíveis. Por motivos diferentes, nem um nem outro daqueles últimos requisitos existem nem parecem ser viáveis nas Faculdades de Medicina nacionais, nos anos mais próximos (19, 20). Isso não impede que se reafirme a lógica aparente do sistema de aprendizagem por problemas, ainda que requerendo adaptações adequadas aos condicionalismos de ensino local.

Quadro IV – Objectivos educacionais prioritários da aprendizagem por resolução dos problemas

1. Estimular a aquisição de um conjunto amplo de conhecimentos que sejam bem memorizados, lembrados e aplicados na prática clínica;
2. Desenvolver capacidades reais e eficientes de resolução de problemas;
3. Desenvolver efectiva capacidade de auto-aprendizagem;
4. Criar motivação e curiosidade para aprender.

(De acordo com Ref. 12)

Recomendações para aprendizagem eficiente

O modelo “SPICES” (Quadro V), defendido por Harden desde 1984 (21), representa uma proposta de modificação radical na estratégia de ensino médico contemporâneo. SPICES é o acrónimo das primeiras letras de um conjunto de medidas educacionais que Harden considera essenciais para que o estudante aprenda (com eficiência) a ser médico.

Quadro V– Modelo “SPICES”

<u>S</u> tudent centred	Centrado no aluno
<u>P</u> roblem based	Baseado em problemas
<u>I</u> ntegrated	Integrado
<u>C</u> ommunity based	Baseado na comunidade
<u>E</u> lectives	Optativo
<u>S</u> ystematic	Sistemático

(De acordo com Ref. 21)

A aprendizagem proposta baseia-se no estudante, na resolução de problemas, em trabalhos na comunidade, em vias opcionais e deverá ser sistemática. Em contraste, a estratégia requerida pelos *curricula* tradicionais persiste centrada no docente, na informação transmitida em disciplinas múltiplas e não integradas, na aprendizagem hospitalar sem programas fixos e com conteúdos desarticulados, de ocasião. Esta última metodologia justificaria os principais defeitos que vêm sendo apontados ao ensino médico pré-graduado: árduo, pouco agradável e de eficácia discutível, particularmente no que se refere a aplicação dos conhecimentos das ciências básicas na prática clínica.

A aprendizagem das ciências básicas em Medicina tem constituído um problema educacional, quer para os estudantes quer para os responsáveis do

ensino médico tradicional (12, 16, 22, 23). Em parte, as dificuldades existentes resultam de ciências básicas e clínicas constituírem campos separados, com estruturas e metodologias próprias.

A reforma Flexner, que dá corpo ao *curriculum* médico tradicional, demarcou o ensino das disciplinas básicas sistematicamente antes da aprendizagem do ciclo clínico (24).

Actualmente não subsistem dúvidas de que a falta de aplicação e aparente irrelevância médica dos conteúdos das ciências básicas representa, para os alunos, um sério obstáculo à retenção desses conhecimentos e a uma subsequente incapacidade para os aplicarem na abordagem de problemas e situações clínicas concretas (1, 7, 12, 23).

Como já foi afirmado, a memorização de uma dada informação (independentemente da sua natureza ou quantidade) não é sinónimo de aquisição de conhecimento (5).

Ao contrário do que se poderia pensar, a definição de uma estratégia de aprendizagem e a escolha de metodologia adequada para que os alunos alcancem o desenvolvimento desejado afiguram-se muito mais importantes do que os conteúdos de cada área de ensino. A matéria será sempre um bom material de trabalho, embora (cada vez mais) rapidamente perecível. Barrows (11) acentua que “quase metade do que é ensinado aos actuais alunos do ciclo básico estará errada ou terá sido revisto no dia em que se formarem e, quando no exercício clínico, haverá problemas novos que não poderiam ser antecipados no período de aprendizagem do *curriculum* básico”.

Por conseguinte afigura-se racional que a informação sirva para aumentar o conhecimento mas não se esgote nessa finalidade.

Bibliografia

1. Tosteson DC – New pathways in general medical education. *N Engl J Med* 1990; 322:234-238.
2. Guilbert JJ – Les maladies du curriculum. *Révue d’Educ Méd* 1985; 4:13-16.
3. Schmidt HG – Foundations of problem – based learning: some explanatory notes. *Med Educ* 1993; 27:422-432.
4. Bloom BS – *Taxonomy of Educational Objectives*. Handbook 1: *Cognitive domain*, London: Longman, 1956.
5. Vella F – Teaching biochemistry for the 21st century. *Biochem Educ* 1989; 17:6-8.
6. Mehler AH – A mechanism for acceleration the use of nontraditional objectives and methods in biochemistry courses. *Biochem Educ* 1991; 19:117-121.
7. van Winkle LJ – Assault on student’s development: the basis of basic sciences in medical education. *Biochem Educ* 1989; 17:29-31.
8. *Physicians for the Twenty-First Century – The GPEP Report*. Association of American Medical Colleges (Washington DC. 1984). *Educ Med* 1990; 1:18-24.

9. *The Edinburgh Declaration*. Med Educ 1988; 22:481-482.
10. *The Robert Wood Johnson Foundation Commission on Medical Education – The Sciences of Medical Practice. Summary Report*. JAMA 1992; 268:144-145.
11. Pfeiffer RJ – Early-adult development in the medical student. Mayo-Clin Proc 1983; 58:127-134.
12. Barrows HS – Cognitive apprenticeship (problem-based learning). Educ Med 1991; 2:5-13.
13. Newble DT, Clarke RM – The approaches to learning of students in a traditional and in an innovative problem-based medical school. Med Educ 1986; 20:267-273.
14. Dornhorst AC – Information overload: why medical education needs a shake-up. Lancet 1981; 2:513-514.
15. Gonnella JS, Goran M, Williamson J, Cotsonas N – The evaluation of patients care. JAMA 1970; 214:2040-2043.
16. Patel VL, Groen GJ, Scott HM – Biomedical knowledge in explanations of clinical problems by medical students. Med Educ 1988; 22:398-406.
17. Spaulding WB – The undergraduate medical curriculum (1968 Model) McMaster University. Can Med Ass J 1969; 100:659-664.
18. Norman GT, Schmidt HG – The psychological basis of problem-based learning: a review of the evidence. Acad Med 1992; 67:557-565.
19. Harden RM, Sowden S, Dunn WR – Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. Med Educ 1984; 18:284-297.
20. Martins e Silva J – Reflexões sobre o *ratio* docente/discente. Rev F Med Lisboa, 1993; 1:169-170.
21. Martins e Silva J – Limitações e perspectivas do ensino e investigação no ciclo básico das Faculdades de Medicina Portuguesas. Acta Méd Port 1992; 5:457-459.
22. Farnsworth WE, Medio F, Nelson K, Mann D, Norwell D, van Winkle LJ – Integrating clinical problem-solving workshops and lectures in a biochemistry course. Biochem Educ 1988; 16:196-199.
23. Patel VL, Evans DA, Kaufman DR – Reasoning strategies and the use biomedical knowledge by medical students. Med Educ 1990; 24:129-136.
24. Estabrook RW – Fractures in Flexner's foundation: recommended changes in medical education (editorial). FASEB J 1992; 6:2887-2888.

Reflexões para um Novo Programa Curricular.

1. Princípios*

Preâmbulo

A concretização e o êxito da Reforma da Formação Médica requerem a aceitação inequívoca (pública e institucional) de duas premissas fundamentais: (i) a Formação Médica é um todo de três partes sequenciais e indissociáveis: pré-graduação, pós-graduação e fase continuada; (ii) a operacionalidade e o desenvolvimento harmonioso do conjunto requerem que as modificações introduzidas numa das suas partes decorram com correcções adequadas nas restantes.

Considerando que aquelas diferentes etapas da Formação Médica abrangem um período extenso de desenvolvimento humano e da actividade profissional de cada um dos formandos (primeiro como estudantes e depois como clínicos), as acções a desenvolver deverão reflectir as particularidades de cada fase e, simultaneamente, congregar a intervenção sinérgica das tutelas de que dependem: Educação, Saúde e Organizações Médicas Profissionais.

Mudar porquê?

De momento, a preocupação maior incide na pré-graduação, por duas ordens de razões. Primeiro, por reflectir um conjunto de recomendações internacionais que, no seu conjunto, entendem que o ensino pré-graduado de Medicina requer modificações substanciais. Em segundo lugar, porque o Sistema de Saúde nacional, por decisão ministerial, decidiu abolir a curto prazo a fase inicial da pós-graduação a que corresponde o Internato Geral. É precisamente neste período de formação que decorre, desde 1968/69, a aprendizagem da prática clínica tutelada. A sua interrupção, sem prévia substituição por uma fase de preparação equivalente, perspectiva riscos muito graves em

* A – In: Revista da FML 1995; Série II, (1): 7-9.

que os médicos, as Faculdades de Medicina e, certamente também, as autoridades responsáveis pelo Sistema de Saúde não desejarão estar envolvidos.

Pelas pressões exteriores resulta que as Faculdades de Medicina nacionais se encontram perante três posições: (i) ou se alheiam daqueles movimentos reformistas, (ii) ou introduzem modificações profundas que estejam de acordo com as propostas internacionais e com as necessidades actuais do meio em que formam, (iii) ou simulam adaptar-se às novas exigências públicas.

Na eventualidade de uma opção pelo *status quo*, o futuro não se afigura benéfico nem para a instituição, nem para os seus membros, nem para terceiros em que recaiam os serviços prestados. Por uma razão simples: os conhecimentos científicos e tecnológicos na área médica progridem aceleradamente, a ritmos que exigem adaptações contínuas nas estratégias e nas metodologias de acção. É um facto reconhecido que o conhecimento médico útil perdura cerca de 10 anos. Novos conhecimentos exigem meios educacionais adequados e repercutem-se em actuações clínicas por vezes radicalmente diferentes das que vinham sendo adoptadas em passado recente.

Do mesmo modo, alterar alguma coisa para manter o essencial do esquema educacional em uso conduz a resultados equivalentes. Não basta substituir as designações das disciplinas quando, na realidade, as matérias continuam a ser ensinadas em compartimentos estanques em vez de sê-lo em áreas inter-comunicáveis; também não será suficiente aumentar a escolaridade total da pré-graduação para o “número mágico” das 5.500 horas/aluno quando grande parte desse tempo, que deveria ser de aprendizagem activa, se destina à transmissão de informação factual, excessiva, não pertinente e/ou não objectivada.

Finalmente, resta a última opção, que se afigura uma necessidade inadiável quando perspectivada para a Medicina a praticar no terceiro milénio. No cenário que se antevê para um futuro muito próximo, caracterizado por excesso populacional e escassez de recursos fundamentais, a prioridade estratégica definida pela Organização Mundial de Saúde e organizações afins incide nos cuidados primários. Deste modo, ao promover a saúde e prevenir a doença admite-se que diminuam as necessidades em cuidados secundários e terciários, muito mais dispendiosos e exigentes. O aumento previsível da idade média das populações representará um esforço adicional, em tratamentos e programas de reabilitação para doentes crónicos e/ou fisicamente diminuídos.

Tendo em conta a panorâmica dos anos 2000, afigura-se (no mínimo) prudente definir um programa curricular para objectivos distintos dos que ainda vigoram para o *curriculum* tradicional. Ou seja, a filosofia, as estratégias, os conteúdos e as metodologias do sistema em vigor para o ensino da Medicina deverão ser revistos e preparados para a aprendizagem de novos conhecimentos, atitudes, hábitos e desempenhos. Novas necessidades profissionais representam objectivos educacionais distintos; ambos exigem, naturalmente, modificações paralelas do plano curricular para uma aquisição eficiente de competência profissional.

Mudar como?

Um programa curricular que se pretenda eficaz deverá ser adaptado às finalidades (educacionais e profissionais) pré-fixadas, ter flexibilidade para as modificações ocasionais que se verifiquem necessárias, e ser compatível às realidades socio-económicas, do meio e política de saúde, nacional e internacional.

A definição dos objectivos é um passo fundamental. Tomando em consideração as novas e previsíveis realidades, a pré-graduação deverá ser objectivada para a formação de generalistas orientados para prestar serviços à comunidade, com potencialidades para eventual especialização clínica. Nesse sentido, além dos conhecimentos profissionais específicos (teóricos e práticos), o formando deverá estar apto a integrar, a acompanhar e a compreender a vida em comunidade e ser capaz de se manter actualizado durante todo o tempo em que exercer clínica.

Por conseguinte, o sistema educacional deverá conferir capacidades de actuação profissional imediata e, prevendo a progressiva deterioração de conhecimentos e aptidões, possibilitar treino e motivação para uma permanente auto-aprendizagem.

A concretização dos objectivos implica planeamento rigoroso das acções pedagógicas, o que inclui a estruturação de cada fase e a coordenação do conjunto. O plano curricular deverá garantir a qualidade educacional e antecipar a qualidade assistencial. Os conteúdos e os métodos serão escolhidos com vista aos propósitos, sem esquecer as circunstâncias em que o plano se desenvolve e os recursos (materiais e humanos) disponíveis. Para que a formação seja eficaz, o ensino-aprendizagem deverá ser tão semelhante quanto possível à actividade profissional.

Para que a distância entre a teoria e a prática possa diminuir, admite-se como benéfica a utilização de sistemas de aprendizagem centrados no aluno, na resolução de problemas e em trabalhos de equipa. Pretende-se daqui que o aluno aprenda a aprender, aprenda a saber e por fim, aprenda a fazer e adquirir competências no que sabe e no que faz.

A eficiência do sistema educacional requer, naturalmente, que os resultados da formação sejam constantemente avaliados por docentes (profissionais competentes), que facilitem a aprendizagem e a creditem passo a passo, com base nos objectivos de cada fase.

O conteúdo curricular deverá incluir conhecimentos essenciais obrigatórios (*núcleo curricular*) que fundamentem os desempenhos exigidos de imediato, a par com (cerca de 1/3) módulos optativos de natureza diversa, que representem áreas de interesses não imediatos da preferência dos estudantes. A aquisição de conhecimentos beneficiará da colaboração interdisciplinar

ou, eventualmente, do recurso a um sistema integrado de aprendizagem. Fundamentalmente, o conteúdo curricular deverá ser expurgado de material irrelevante para os objectivos pretendidos, tendo presente que os excessos de informação factual (de durabilidade transitória) a reter (habitualmente exigidas nos exames) poderão minimizar o sentido crítico e a curiosidade intelectual, entre outros predicados a valorizar no futuro clínico.

A definição do núcleo curricular deverá ter por base de orientação um conjunto de conhecimentos indispensáveis para que o recém-licenciado em Medicina possa actuar eficazmente. Os limites e especificidades desses conhecimentos são objecto de controvérsia universal, o que não impede, contudo, algumas posições de consenso. O mesmo decorre também com as atitudes e desempenhos apropriados para cada fase de aprendizagem. Na realidade será este o principal desafio a enfrentar pela FML na reformulação em curso do seu plano curricular, a analisar na 2^a parte da presente temática.

Bibliografia

- European Economic Community Resolution 91K/304/05 e 91K/304/10. Council of Health Ministers. Maastricht, 1991.
- European Economic Community Advisory Committee on Medical Training. Recommendations for undergraduate medical education. Brussels III/F/5127/3/92, 1992.
- Garcia Barbero M – Medical education in the light of the World Health Organization. Health for All Strategy and the European Union. Med Educ 1995; 29:3-12.
- General Medical Council – “Tomorrow’s Doctors. Recommendations on Undergraduate Medical Education”, (Med WP 25 1993-94), London, 1993.
- Gilbert JJ – How to devise educational objectives. Med Educ 1994; 18:134-141, 1984.
- Harden RM, Sowden S, Dunn WR – Some education strategies in curriculum development: the SPICES Model. Med Educ 1984; 18:284-297.
- Harden RM – An overview of educational issues in planning for Colman. Med Educ 1994; 28 (Suppl.2):25-28.
- The Edinburgh Declaration of the World Federation for Medical Education 1988. Lancet 1988; ii: 464.
- Martins e Silva J – Eixos orientadores da reforma do ensino médico. Acta Méd Port 1993; 6:481-492.
- Martins e Silva J – A reforma curricular. Causas, mecanismos e finalidades. Rev da FML 1993; 1:289-292.
- World Health Organization. “Targets for Health for All”. European Health for All Series, Nº 1. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1985.
- World Federation for Medical Education. First Mediterranean Medical Meeting. Statement on Medical Education in Europe. Med Educ 1990; 24, 78-80.
- World Federation for Medical Education. Proceedings of the World Summit on Medical Education. Med Educ 1984; 28 (Suppl. 1).

Reflexões para um novo programa curricular

2. Objectivos da pré-graduação*

Preâmbulo

A formação médica pré-graduada é a primeira etapa de uma sequência educacional que cessará naturalmente com o fim da actividade profissional (Quadro I). Tendo por objectivo final a preparação clínica geral, o sistema educacional deverá ser orientado por vectores adequados (Quadro II), em que o plano curricular congrega (Quadro III) o cenário e instrumentos de trabalho seleccionados para os fins pretendidos. A aprendizagem deverá basear-se num conjunto de conhecimentos essenciais (Quadro IV), a definir com objectividade no programa (Quadro V), a avaliar em retrospectiva, sistematicamente. A interrelação e multidisciplinaridade deverão constituir processos indissociáveis do sistema de ensino que perspectiva a formação global e equilibrada do médico pluripotencial.

A planificação e desenvolvimento do programa curricular da formação médica pré-graduada deverão reger-se por objectivos claros e preferencialmente comuns aos das outras Faculdades nacionais afins.

Os objectivos definem critérios, conteúdos e vectores de actuação e desenvolvimento do programa educacional. Objectivos imprecisos ou ausentes retiram eficácia ao ensino/aprendizagem e dificultam o controlo, a comparação e a creditação do plano curricular, relativamente a Instituições congéneres.

Os objectivos podem ser referidos à fase de intervenção (iniciais ou finais) e às exigências a que se reportam (gerais ou específicas). Os objectivos iniciais definem os requisitos da base em que deverá assentar a formação médica a instituir, sendo os objectivos finais sinónimo do perfil do médico a formar em determinada fase. Por seu lado, os objectivos gerais representam os conhecimentos, aptidões, valores e atitudes exigíveis aos médicos competentes, enquanto os objectivos específicos reportam às finalidades estabelecidas em cada área (ou disciplina) de aprendizagem.

* A – In: Revista da FML 1995; Série II, I (2): 72-77.

Quadro I – Formação Médica

- É uma sequência complexa de três partes:
 - Pré-graduada (que culmina na licenciatura e pressupõe a duração de 6 anos de ensino);
 - Pós-graduada (especialização);
 - Contínua (auto-aprendizagem subsequente, para renovação/actualização de conhecimentos e aptidões).
- A pré-graduação confere informação factual essencial em conhecimentos científicos e técnicos, melhora as qualidades intrínsecas, do futuro médico, desenvolve o pensamento e a actuação médicas, com base em atitudes e valores próprios da profissão e indispensáveis no médico polivalente.
- A pré-graduação prepara o futuro médico polivalente para a constante renovação de conhecimentos, aprofundamento de capacidades técnicas e desenvolvimento de aptidões naturais durante toda a vida profissional.

Quadro II – Vectores para a Preparação Clínica Geral

A formação pré-graduada, ao visar a preparação clínica geral do médico polivalente, requer as seguintes medidas:

- Selecção de um núcleo de conhecimentos essenciais (núcleo curricular);
- Ênfase interdisciplinar e integrada dos conhecimentos, capacidades e aptidões definidas como prioritárias para o processo formativo;
- Objectivação e pertinência constantes do que é aprendido/ensinado;
- Condições para a criação de novos conhecimentos e para o desenvolvimento da capacidade crítica e de auto-aprendizagem.

Quadro III – *Curriculum* Pré-Graduado

Preparar o aluno para aprender, aprender a saber, aprender a ser e aprender a estar;

A essência da formação médica pré-graduada, na vertente científica e técnica, deve basear-se num núcleo curricular objectivado para o desenvolvimento de conhecimentos interdisciplinares, e para a aquisição de desempenhos através do contacto com a pessoa doente, hospitalizada ou na comunidade.

Quadro IV – Definição e Implicações do Núcleo Curricular

- Aspectos essenciais (científicos e técnicos) que o futuro médico polivalente deve conhecer para exercer a profissão com competência, no âmbito dessa polivalência;
- O núcleo curricular baseia-se na selecção factual pela pertinência dos conhecimentos a aplicar a objectivos concretos;
- O núcleo curricular habilita o futuro médico a saber escolher o essencial, com ponderação e sentido crítico;
- O núcleo curricular pressupõe o agrupamento de disciplinas afins em áreas científicas que induzam a integração horizontal e vertical do processo de ensino/aprendizagem, e a progressiva incorporação de conhecimentos adequados aos objectivos específicos do curso;
- O núcleo curricular não substitui nem impede a criação de áreas opcionais que visam a creditação/aquisição de conhecimentos, capacidades e aptidões menos desenvolvidos ou mais desejados por parte dos alunos.

Quadro V – Objectivação de Conhecimentos

- Os conhecimentos serão essenciais enquanto forem dirigidos para objectivos precisos, em crescendo de complexidade e integração ao longo dos anos do curso, visando finalidades de formação, isto é, o que o médico polivalente deverá saber e ser capaz de fazer com competência;
- Para que o ensino seja por objectivos há que delineá-los com precisão para cada nível, e definir as áreas em que devem ser alcançados por aprendizagem específica.

Quadro VI – Multidisciplinaridade e Inter-relação

- As ciências básicas e clínicas deverão justapor-se em todos os níveis do curso, embora com graduação naturalmente distinta;
- As ciências básicas, que predominam nos primeiros anos do curso, projectam-se até ao último ano, integrando-se progressivamente nos conteúdos dos anos finais;
- Em qualquer dos diversos níveis (anos) do curso deverá haver inter-relação (horizontal) de conhecimentos básicos e clínicos, pressupondo-se que estes conhecimentos sejam igualmente encadeados (conteúdo e complexidade) ao longo dos diversos níveis do curso.

Objectivos finais

Os objectivos finais da formação médica pré-graduada deverão ser interpretados como exigências educacionais indispensáveis para o exercício clínico competente, responsável e relativamente independente. Essas exigências educacionais visam genericamente a preparação clínica geral dos futuros médicos, entendendo-se por tal a aquisição de conhecimentos e desempenhos técnicos essenciais, a par com o desenvolvimento de capacidades, atitudes e valores que substanciam o pensamento e a actuação própria do clínico perante o doente, no seu todo psíquico e físico. Será desejável que os objectivos educacionais do plano curricular da pré-graduação constituam um denominador comum multipotencial, que qualifique o recém-licenciado para prosseguir a carreira médica que desejar e lhe seja viabilizada. Neste pressuposto, a preparação clínica geral representa não só o objectivo final da pré-graduação como também o objectivo inicial da pós-graduação.

A preparação clínica geral é mais do que o somatório dos objectivos gerais e específicos estabelecidos para o curso de Medicina. Esse perfil assume-se como um todo multifacetado pela interacção multidisciplinar e por uma vivência própria da profissão, a desenvolver nos seus principais campos de intervenção (médica científica, pessoal e social). Por via deste valor acrescentado, a formação do futuro médico terá de ser iniciada desde o ingresso na Faculdade de Medicina e culminar no ciclo clínico.

A preparação clínica geral está sujeita a variações impostas pela evolução da ciência e do meio social. Por conseguinte, o plano curricular e o sistema de aprendizagem em que se fundamenta deverão ser suficientemente flexíveis e preparar o futuro médico para uma evolução constante durante a sua vida profissional. Igualmente, deverá o sistema de formação médica pré-graduada conferir capacidades para participar em qualquer acção de formação pós-graduada e para prosseguir numa constante e duradoura auto-aprendizagem, enquanto exercer funções médicas.

Concluindo, pretende-se que o médico recém-licenciado, no fim de um período de aprendizagem de 6 anos lectivos, possua todas as seguintes características principais (objectivos finais);

- Conhecimentos, aptidões e experiência suficientes para assumir responsabilidades e solucionar problemas clínicos que estejam no âmbito da sua competência;
- Conhecimentos, capacidades e sentido de responsabilidade para participar em qualquer tipo de formação médica pós-graduada, para se adaptar às modificações da ciência ou do meio social, e para se manter actualizado;

- Capacidades e disciplina para cooperar e desempenhar funções em equipa com outros profissionais do sistema de saúde;
- Atitudes e valores adequados à profissão médica, privilegiando a comunicação, o apoio, o bem-estar, a recuperação da saúde de doentes, a melhoria ou a preservação da saúde pública, tomando decisões e assumindo responsabilidades que julgue necessárias, isoladamente ou em cooperação com outros profissionais de saúde ou membros da sociedade;
- Capacidades e treino para actuar cientificamente, com sentido crítico e inovador, no exercício da profissão.

Objectivos gerais

Os objectivos gerais da formação pré-graduada englobam a aquisição de conhecimentos, desempenhos, valores e atitudes indispensáveis a um exercício responsável da Medicina. Os objectivos gerais serão potencialmente desenvolvidos e/ou alcançados na sua plenitude ao longo da prática clínica (pós-graduada e contínua), quando teoricamente o médico atinge o nível de excelência profissional.

O plano curricular constitui um cenário desenhado e equipado para o desenvolvimento da formação pré-graduada, a direccionar para objectivos gerais pré-estabelecidos e a enquadrar nos seus aspectos mais influentes (médicos, científicos, sociais e educacionais). Esses objectivos, bem como a preparação clínica geral, requerem a associação das ciências básicas com as ciências clínicas, num conjunto curricular indissociável e interdependente que visa, inicialmente, a formação do médico pluripotencial.

O ensino das ciências básicas – embora objectivando directamente a formação científica do futuro médico, fundamentada em princípios, metodologias e conhecimentos factuais essenciais – deverá ser desde logo orientado para a aplicação médica, antecipando também as necessidades imediatas do ensino clínico. Nessa fase deverá o aluno aprender a saber, a observar, a comunicar, a resolver problemas e a fazer com rigor tarefas que, directa ou indirectamente, tenham aplicação médica.

O ensino clínico inclui a fase final da preparação clínica geral, que privilegia a formação tutelada junto do docente (no hospital e na comunidade). Em contraste com o ensino básico e pré-clínico, relativamente mais massificado, a formação a desenvolver no ciclo clínico beneficiará substancialmente, para ser eficaz, do aumento da razão docente/discente e da aprendizagem individualizada junto do doente.

No seu conjunto, a formação pré-graduada de Medicina visa preparar o aluno para a aquisição de conhecimentos, desempenhos, atitudes e valores

próprios de um médico competente, através de metodologias apropriadas (em que se inclui a simulação de situações equivalentes às observáveis na futura prática clínica independente) com o apoio de formadores preparados e num sistema educacional dotado de infra-estruturas, de orçamentos adequados, e a operar com controlo de qualidade. Nestes pressupostos, haverá condições para que cada médico venha a alcançar progressivamente os objectivos gerais do processo educativo iniciado na pré-graduação.

São os seguintes os objectivos gerais a atingir:

- Conhecimentos precisos sobre o organismo humano nos seus diversos aspectos estruturais e funcionais, saúde mental e comportamento social;
- Conhecimentos e treino de técnicas de comunicação e de observação clínica elementar;
- Preparação para identificar, analisar, interpretar e resolver problemas clínicos e situações patológicas comuns não especializadas, com base numa estratégia de acção adquirida pela experiência;
- Preparação para acções preventivas da saúde individual e comunitária;
- Conhecimentos sobre o método, conceitos e utilidade de investigação científica para a competência profissional e para o progresso da Medicina;
- Capacidades e preparação para colocar o doente no centro das atenções e preocupações, individuais ou colectivas, procurando o equilíbrio com os seus interesses pessoais e familiares;
- Conhecimento razoável sobre a estrutura e funcionalidade dos serviços de saúde e subsistemas relacionados, estruturas de apoio social e aspectos económicos dos cuidados de saúde;
- Conhecimento e preparação para identificar e solucionar problemas legais comuns, de índole clínica ou biomédica;
- Capacidade e preparação para identificar e resolver situações de conflito ético de âmbito clínico, científico ou social.

Objectivos específicos

Os objectivos específicos caracterizam a finalidade (utilidade curricular) de cada disciplina (ou área de disciplinas afins) no que se refere a informação factual essencial, desempenhos e/ou valores que lhes sejam intrínsecos, e considerados indispensáveis para a formação médica pré-graduada. Os objectivos específicos diferenciam-se em dois tipos: (i) os que devem ser obtidos em pormenor e por desempenho directo, a par com (ii) situações relativamente menos importantes que, no entanto, devem ser compreendidas

e observadas na generalidade. No primeiro daqueles grupos é ainda possível desdobrar o nível de competências em fases de intervenção, de que apenas uma parte constitui o objectivo de aprendizagem na pré-graduação, sendo as restantes competências no âmbito da pós-graduação ou de outras especialidades.

Tomando como exemplo três situações clínicas do mesmo foro – bronquite aguda, crise de asma aguda e abscesso do pulmão – será admissível considerar como objectivo específico da preparação pneumológica que o recém-licenciado médico conheça e esteja preparado para diagnosticar e tratar a crise de bronquite, saiba diagnosticar mas não tenha competência para intervir terapêuticamente na asma aguda e, no caso do abscesso pulmonar, a mais não seja obrigado do que a conhecer a existência da situação e das suas perspectivas, e saber que deve reportar o doente a um colega com formação adequada para lhe dar solução.

De modo equivalente, os desempenhos que constituem objectivos específicos podem ser graduados em níveis de exigência própria de cada disciplina. É admissível que os níveis exigíveis para um mesmo desempenho difiram entre disciplinas de que são objectivos específicos. Numa escala aleatória, os desempenhos podem ser objectivos de conhecimento teórico, de demonstração, de execução ocasional, ou rotineira. Neste caso, a aplicação de um soro endovenoso exemplifica um desempenho de execução ocasional sob tutela, uma injeção intramuscular será um objectivo de rotina, enquanto uma entubação nasogástrica estará incluída num conjunto das situações a serem observadas mas não executadas pelos médicos recém-licenciados.

Os objectivos das disciplinas básicas privilegiam naturalmente o conhecimento científico que lhes é específico, a par com a compreensão da sua origem e de métodos de investigação mais comuns. Os princípios da medicina preventiva, da prevenção da saúde e da comunicação humana são também objectivos nucleares das disciplinas básicas. A estruturação do conhecimento em etapas integradas horizontal e verticalmente, a par com a prática de aquisição, interpretação e resolução de problemas específicos, preparam o aluno para a análise crítica e decisão de situações diversas. Entre os desempenhos específicos a aprender e a desenvolver incluem-se as diversas fases do processo cognitivo, a observação e verbalização de factos específicos, a execução prática de pequenas experimentações laboratoriais (para aquisição de disciplina, noção de rigor nos resultados e hábitos de trabalho metódico, isoladamente ou em grupo). A par com estes desempenhos específicos da área científica, afigura-se oportuno desenvolver aptidões para apoio clínico básico numa primeira abordagem do doente hospitalizado, no âmbito de uma equipa de profissionais da saúde.

Os objectivos das disciplinas pré-clínicas e clínicas deverão incluir a aquisição de conhecimentos clínicos nucleares com base científica, em eta-

pas escalonadas e devidamente estruturadas. Entre os desempenhos essenciais incluem-se a obtenção e registo de anomalias, o exame clínico (físico e mental), a interpretação de dados (da anamnese, da observação clínica e resultados de exames auxiliares de diagnóstico de rotina), a par com um conjunto de gestos clínicos de cada área, que serão indispensáveis ao médico recém-licenciado. A aprendizagem e treino competente da execução de cada desempenho, incluindo a correcção dos erros, requerem a supervisão de formadores competentes, a cada momento.

Grande parte dos desempenhos práticos exigíveis ao médico que conclui com aproveitamento a formação pré-graduada terá de ser desenvolvida sistematicamente no último ano do curso, em regime de treino clínico tutelado.

Cada uma das disciplinas do curso deverá divulgar no programa todos os objectivos específicos considerados, para os quais se requer demonstração creditada de competências na fase em que a mesma for exigida.

Bibliografia

- Barrows HS – An overview of the use of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Acad. Med.* 1993; 68:443-451.
- Dawson-Saunders B, Feltovich PJ, Coulson RL, Steward DE- A survey of medical school teachers to identify basic biomedical concepts medical students should understand. *Acad. Med.* 1990; 65: 448-454.
- Detz JCM, Skroelinga GBA, Taalman Kip EH, Valkenburg BWM – “Blueprint 1994: Training of Doctors in the Netherlands”. Univ. Publ. Office, Univ. Nijmegen, The Netherlands, 1994.
- Garcia Barbero M – Medical education in the light of the World Health Organization. Health for All strategy and the European Union. *Med. Educ.* 1995; 29: 3-12.
- General Medical Council – “Recommendations on Basic Medical Education” (Section of the Medical Act 1978), London 1980.
- General Medical Council – “Tomorrow’s Doctors. Recommendations on Undergraduate Medical Education”, (Med WP 25 1993-94), London. 1993.
- Gilbert JJ – How to devise educational objectives. *Med. Educ.* 1984; 18: 134-141.
- Harden RM – An overview of educational issues in planning for Colman. *Med. Educ.* 1994; 28 (Suppl. 2): 25-28.
- Harden RM, Sowden S, Dunn WR – Some education strategies in curriculum development: the SPICES Model. *Med. Educ.* 1984; 18: 284-297.
- Kowlowitz V, Curtis P, Sloane PD – The procedure skills of medical students: expectations and experiences: *Acad. Med.* 1990; 65: 656-658.
- Martins e Silva J – A reforma curricular. Causas, mecanismos e finalidades. *Rev. da FML* 1993; 1:289-292.
- Martins e Silva J – Eixos orientadores da reforma do ensino médico. *Acta Méd. Porto* 1993; 6: 481-492.

- Martins e Silva J – Reflexões para um novo programa curricular. 1. Princípios. Rev. Fac. Med. Lisboa 1995; 1: 7-9.
- Nelson MS, Traub S – Clinical skills training of US medical students. Acad. Med. 1993; 68: 926-928.
- Newble DI – Assessing clinical competence at the undergraduate level. Med. Educ. 1992; 26: 504-511.
- Phelan S, Scott Obenshain S, Galey WR- Evaluation of the noncognitive professional traits of medical students. Acad. Med. 1993; 68: 799-803.
- Taylor L, Vergildis D, Lovasik A, Crockford P- A skills programme for preclinical medical students. Med. Educ. 1992; 26: 448-453.
- The Edinburgh Declaration of the World Federation for Medical Education 1988. Lancet 1988; ii: 464.
- World Federation for Medical Education. First Mediterranean Medical Meeting. Statement on Medical Education in Europe. Med. Educ. 1990; 24: 78-80.
- World Federation for Medical Education. Proceedings of the World Summit on Medical Education. Med. Educ. 1994; 28 (Suppl. 1).

Uma Experiência de Inovação Curricular*

Sumário

A formação de médicos competentes é um requisito natural da sociedade moderna, em particular desde finais do século XIX. Aquela necessidade tornou-se progressivamente mais perceptível com o avanço acelerado do conhecimento científico e das transformações sociais entretanto verificadas, sobretudo a partir da metade final do século XX. Nestas circunstâncias, houve que adaptar o modelo de educação médica às novas exigências externas e também intra-institucionais. O “Relatório Flexner” de 1910, marcou o início do processo reformista da educação médica dos países ocidentais, depois extensivo a todo o Mundo, até à actualidade. No período de um século, os princípios, as características do modelo formal de educação médica e dos instrumentos pedagógicos utilizados modificaram-se, evoluindo do destaque aos conteúdos para a ênfase na metodologia e, mais recentemente, para a objectivação das aptidões e resultados demonstrativos de competência.

O presente trabalho inclui duas partes. Na Parte 1 são revistos os principais modelos de formação e perspectivas para a educação médica pré-graduada desenvolvidos e seguidos até ao momento, sobretudo nas escolas médicas nos países de língua Inglesa e outros europeus. Na Parte 2 é apresentada a evolução e o formato actual do novo programa curricular da Faculdade de Medicina de Lisboa, dinamizado na sequência da “Iniciativa de Lisboa”, em 1988, e de acordo com as recomendações de 1993 da Comissão Interministerial de Revisão do Ensino Médico (CIREM). O primeiro grupo de alunos formados no âmbito do novo currículo concluiu o curso de Medicina no ano lectivo de 2000/01. Referentes a este curso são apresentados os resultados da avaliação interna promovida junto de alunos e tutores do 6º ano em estágio clínico profissionalizante.

* A – Prelecção no 2º Curso de Mestrado em Educação Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, em 18 de Janeiro de 2002.

Introdução

Em Portugal, assim como em outros países, o modelo de formação médica pré-graduada foi profundamente modificado no último século. Aproximadamente depois dos anos 50, o ensino decorrente em escolas auto-suficientes em pessoal e instalações e geridas para um propósito educacional que incorporava em posição secundária a investigação (1), evoluiu para uma situação inversa, que passou a privilegiar mais a investigação e, em alguns países, também a prestação de assistência clínica. Foi o que sucedeu nos Estados Unidos da América do Norte (E.U.A.) em finais dos anos 40, na sequência da criação dos National Institutes of Health, e com a integração das escolas médicas em *Academic Health (ou Medical) Centers* (A.H.C.). A par das mudanças introduzidas no sistema de cuidados de saúde, a assistência médica prestada por aqueles centros académicos através do programa Medicare/Medicaid passou a ser a principal fonte de financiamento do ensino e da investigação das escolas médicas a partir de meados da década de 60 (2, 3). Em 1961, mais de 40% das receitas de 81 escolas médicas norte-americanas proveio de fundos federais e somente 5% dos serviços clínicos prestados. A partir de 1965 e nas três décadas seguintes a proporção do financiamento federal diminuiu progressivamente, estabilizando em cerca de 20%; em 1994, as despesas de 126 escolas médicas, sete vezes superior, foram suportadas por fundos federais (somente 19%) e em cerca de 49% pelos serviços clínicos (4, 5). Começara a acentuar-se também na década de 90 o estado de crise financeira e educacional daquelas instituições, devido ao corte nos custos de serviços pagos pela *Medicare* (que desceu para cerca de 11%), o que veio a acrescer à redução dos períodos de internamento (na sequência do desenvolvimento de novos processos diagnósticos e terapêuticos) e ao crescente aumento do número de doentes crónicos (acompanhados e tratados preferencialmente em ambulatório ou domicílio) (4, 6). A redução dos fundos provenientes do *Medicare*, junto com as crescentes exigências governamentais para a obtenção de licenciatura e recertificação, e outras pressões com objectivos sociais, redireccionaram ou modificaram profundamente o processo de aprendizagem e da prática médicas norte-americanas (7, 8).

Para enfrentarem os encargos, e por ser insuficiente a verba das propinas e dos financiamentos anteriores, os A.H.C. aumentaram a quantidade de cuidados de saúde prestados em internamento e consultas externas, recorrendo ao serviço de clínicos especialmente contratados para aquele serviço e, também, aos do quadro académico. A situação continuou descompensada, porque os docentes voluntários que asseguravam parte do ensino tutorial, assim como os que colaboravam no ensino deixaram de ter disponibilidade de tempo para aquelas funções (9). Desde então diminuiu acentuadamente a relação docente/discente e, por consequência, os alunos têm menor acompa-

nhamento pelos docentes, as estratégias inovadoras de ensino-aprendizagem (que requerem maior número e disponibilidade dos docente) são potencialmente comprometidas, os alunos têm maiores dificuldades de acesso ao ensino e em comunicarem com os doentes e estão a adquirir valores mais próprios de um serviço comercial do que os que caracterizam a missão médica (10). Adicionalmente, se os objectivos globais divergirem, há o risco de se extremarem posições entre duas culturas distintas, a da academia médica e a dos serviços de saúde, a primeira rejeitando responsabilidades na prestação de serviços clínicos, escusando-se a outra a fornecer recursos adequados e indispensáveis à efectivação do ensino clínico (11).

No seu conjunto, a crise é não só financeira mas também dos valores individuais e institucionais. O médico, educacionista e historiador de Medicina, Kenneth Ludmerer classificou a situação referida como uma “erosão” que, por arrastamento, conduziria à secundarização do ensino médico num sistema cada vez mais fixado na prestação/custos dos cuidados de saúde (3). Nessa perspectiva seria natural haver algum alheamento e desmoralização dos membros das escolas médicas, tementes de um retrocesso dramático, quer educacional quer cultural ou, sobretudo, ao nível da essência tradicional da prática médica. Na verdade, esta última questão era patente no Reino Unido. Richard Smith, editor do *British Medical Journal*, constatava que os médicos treinados em fisiopatologia, diagnóstico e tratamento das doenças viam-se agora a despender mais tempo a pensar em problemas de gestão, melhorias de serviço, financiamento, leis, ética e comunicação (12). Por seu lado, dois dos mais prestigiados responsáveis pela Medicina e pelo *Royal College of Physicians* daquele país foram mais longe, ao afirmarem que o “contrato implícito” que existia entre médicos, doentes e sociedade (governança) desde a formação do *National Health Service* em 1948, havia sido quebrado, ao fim de anos de continuada deterioração e crescente interferência governamental, e de outras pressões economicistas e do público em geral, particularmente acentuadas nos últimos anos do século XX (13).

O financiamento do ensino médico norte-americano ficou cada vez mais na dependência de organizações e doações exteriores às escolas (2). Seguidamente, muitos dos hospitais que antes pertenciam às faculdades e onde estas podiam gerir a formação clínica, tornaram-se propriedade governamental ou de organizações privadas locais. (1, 14). Noutros países, como em Portugal, as faculdades de medicina (dependentes da rede pública de ensino universitário) não só estiveram e continuam a ser arredadas de responsabilidades assistenciais como têm de se bastar quase exclusivamente das verbas de orçamento público e de uma pequena contribuição de propinas (de valor reduzido). Tal não obsta a que sejam sentidas dificuldades semelhantes às que estão a ser vividas pelos A.H.C., com repercussões numa maior restrição de recursos humanos e meios disponíveis para o ensino médico (4, 15).

Com o aproximar do fim do século XX, era evidente o descontentamento que se fazia sentir internacionalmente quanto à eficácia dos programas de educação médica, que se pretendia que fossem mais realistas (16-19). Acentuava-se a ênfase na indispensabilidade de uma mudança curricular que conferisse maior integração aos conteúdos seleccionados para o programa curricular. Essa tendência foi destacada em sucessivos relatórios e propostas, sobretudo emanados de organismos profissionais e educacionais médicos, designadamente: *American Medical Association* (“*Future Directions for Medical Education*”), em 1982 (20), *Association of American Medical Colleges* (“*Physicians for the Twenty-first Century-GPEP*”), em 1984 (21) e (“*ACME-TRI*”), em 1992 (22), *1st World Conference on Medical Education* (Declaração de Edimburgo), em 1988 (23), *General Medical Council*, do Reino Unido (*Tomorrow’s Doctors*), em 1993 e 2002 (24). São de referir também as recomendações do *European Advisory Committee on Medical Training of the European Community*, em 1993 (25) e o documento *Blueprint 1994*, elaborado e editado em 1994 por todas as escolas médicas holandesas, com reedição em 2000 (26). A representatividade dos princípios e recomendações enunciadas explicará a rápida adesão às novas estratégias de educação médica, na década de 90, por grande parte das escolas médicas daqueles países (27, 28), seguidas por outros, embora de modo irregular e diversificadamente. Na realidade as modificações curriculares que ocorreram a nível mundial não podem ser dissociadas da instabilidade e ou das características estruturais e funcionais próprias em que tem assentado a formação médica de cada país.

Tendo por base uma apreciação dos programas curriculares das escolas médicas europeias, a Organização Mundial de Saúde considerou que as modificações necessárias na prestação de cuidados de saúde dependiam também de alterações no processo de educação médica (29). Um outro paradigma foi proposto na mesma época, o da “responsabilidade social” das escolas médicas, pela qual as estratégias educacionais, além de continuarem fundamentadas na ciência, adquirem pertinência adicional pelos seus resultados (formação, investigação e serviços) e pela forma como estes estão interligados ou influenciam o progresso da sociedade e a qualidade do sistema de saúde (30, 31).

Apesar das dificuldades e incertezas vividas no período referenciado, a finalidade essencial da educação médica a nível mundial continuou fiel à missão secular da Medicina, que é a formação de clínicos competentes que assegurem cuidados de saúde aos indivíduos que deles necessitam (32, 33), com consciência profissional (34). Tal não obsta a que os programas curriculares, qualquer que seja o sistema, continuem a ser insatisfatórios e tendam para uma erosão de qualidade. Em inquéritos dirigidos a médicos diferenciados, são frequentes as referências sobre o desperdício de tempo e a insatisfa-

ção quanto à pertinência e insuficiência da formação obtida para a carreira que seguiram ou para exigências práticas comuns (35, 37). Um inquérito recentemente promovido pela *Association of American Medical Colleges* junto de 130 escolas médicas norte-americanas revelou que, frequentemente, as modificações curriculares introduzidas não eram mais do que renovações de programas anteriores, ainda que num formato modernista, baseado em casos ou na resolução de problemas clínicos (27).

Aquele tipo de situações justificou que, em 2000/2001, cerca de 58% das escolas médicas norte-americanas tivessem iniciado profundas alterações e ou uma revisão do programa curricular, enquanto 26% havia desenvolvido modificações equivalentes nos cinco anos anteriores (1, 14). O relatório recentemente divulgado pela *Commonwealth Fund Task Force on Academic Health Centers*, elaborado no contexto da grave crise que há uma década afecta o futuro dos A.H.C e, por arrastamento, também a educação médica que lhes está adstrita, reitera que “*none is more important to the future of the American health care system than the education of Physicians*” (38). Entre outras actualizações mais recentes introduzidas no ensino pré-graduado inclui-se um núcleo de competências específicas visando a preparação de médicos para a prática clínica por custos/benefícios, desenvolvida apenas numa minoria das 125 escolas médicas norte-americanas analisadas em finais da década de 90 (39). A par das actualizações ou modificações curriculares que continuam a decorrer, e numa aproximação mais convergente ao conceito de “*patient-based medicine*” (40), as instituições de ensino médico começam também a valorizar problemas relacionados, tais como a avaliação do profissionalismo médico (41), a interacção com modalidades de medicina alternativa (42), e a educação interprofissional na área da saúde (43).

Merece especial referência o facto de algumas das propostas de tipo educacionalista mais recentes não serem efectivamente originais, podendo incluir-se entre o património da educação médica de todos os tempos, como se evidencia nas citações de” Comenius, considerado o “pai da educação moderna, e do anatomista e clínico Sylvius, ambos do século XVII, que iniciam cada uma das partes deste texto.

Parte I

“Que o principal objectivo seja assim: procurar e encontrar um método de instrução pelo qual os professores possam ensinar menos mas os alunos possam aprender mais”

(John Amos Comenius, bispo da Morávia, 1592-1670)

Modelos de Reforma Curricular

Para se entenderem melhor os contextos e as motivações que têm justificado as diferentes formas de ensino da Medicina naquele período recue-se um pouco mais no tempo, tomando como análise, a evolução do processo nos Estados Unidos da América do Norte, no Canadá e Reino Unido, com base nas profícuas pesquisas realizadas, abundante documentação e relatos fundamentados disponíveis sobre o assunto.

Desde 1765, de acordo com Papa e Cols (44), ocorreram nos E.U.A. cinco principais tipos de reforma do ensino médico, que tiveram repercussões significativas na aprendizagem e na qualidade da prática clínica na respectiva época:

- (a) Modelo de aprendizado (1765-);
- (b) Modelo de ensino baseado em disciplinas (1871-);
- (c) Modelo de ensino baseado em órgãos e sistemas (1951-);
- (d) Modelo de aprendizagem baseada em problemas (1971); e
- (e) Modelo de aprendizagem baseada em apresentações clínicas (1991-).

Modelo de aprendizado – Nos séculos XVIII-XIX, os poucos médicos então existentes faziam cirurgia, eram farmacêuticos e, para melhorarem os seus rendimentos, participavam nos mais diversos negócios pessoais; progressivamente começaram a ocupar-se em exclusivo da sua profissão. Em casos extremos, qualquer pessoa mais dotada poderia praticar “medicina”, como sucedia com alguns clérigos e outros elementos da população local. Somente da sua profissão. Nessa época aprendia-se Medicina por três modos alternativos: como aluno inscrito numa universidade pública ou numa escola privada, ou como aprendiz de um médico estabelecido que precisasse de um ajudante jovem. Nesta última modalidade, o aprendizado começava pela execução de todas as tarefas menores que o médico-mentor necessitasse, em que se incluíam, p. ex., fazer recados, lavar e limpar, preparar drogas, aplicar gessos e, progressivamente, participar na prática clínica. Ainda que não hou-

vesse ensino formal da Medicina, os aprendizes mais dotados adquiriam perícias e, como tinham acesso aos livros do seu mentor, reforçavam aqueles conhecimentos com alguma teoria. Os candidatos que podiam pagar o ensino matriculavam-se em escolas médicas privadas, a maioria das quais era dirigida pelo médico proprietário; nesta situação os alunos recebiam lições teóricas em cerca de sete ou oito disciplinas (anatomia, química, fisiologia, farmacologia, patologia, medicina, cirurgia, pediatria e ginecologia-obstetrícia), ministradas por clínicos locais durante dois semestres de quatro meses, aproximadamente cinco a seis horas por dia, cinco dias da semana, perfazendo cerca de 500 horas por semestre. O segundo semestre era a repetição do primeiro. O ensino era essencialmente orientado para a memorização de conhecimentos factuais do que para a prática, sendo igualmente atribuída escassa relevância às disciplinas básicas. As escolas deste tipo resumiam-se a uma sala de aulas, biblioteca e instalação para aprendizagem da anatomia, pelo que os alunos também não contactavam doentes. A aprendizagem prática decorria posteriormente durante um ou mais anos, em que o aluno estagiava com um clínico da sua escolha. Na generalidade, os diplomados por aquelas escolas tinham escassa credibilidade profissional. Finalmente, uma via menos comum era da aprendizagem em universidades, nas quais os alunos usufruíam de ensino teórico e também de alguma prática clínica (2).

A situação começou a melhorar em finais do século XIX, após a constituição da American Medical Association (AAA), com a subsequente definição de critérios de qualidade para a formação médica. A reforma seguinte reflectiu as preocupações da época sobre a falta de competência profissional resultante dos sistemas anteriores. O modelo então criado inspirou-se na experiência educacional e de investigação que haviam sido desenvolvidos na Europa, em particular no modelo universitário das escolas médicas da Alemanha e também de França (45). Nessa base, o ensino médico norte-americano, além de ser incorporado em universidades, foi organizado por disciplinas, leccionadas por docentes próprios e sedeadas em departamentos específicos. A escolaridade foi duplicada (para dois períodos consecutivos de seis meses) e, gradualmente, aumentou para dois anos e depois para quatro, período este que se mantém. O volume de conhecimentos transmitidos aumentou também muito significativamente e diversificou-se em aplicações clínicas. Igualmente, os aspectos da ciência básica laboratorial adquiriram crescente relevância. Mais do que conferir um conhecimento enciclopédico, eram privilegiados o pensamento crítico, aplicação do raciocínio hipotético-dedutivo, a resolução de problemas e a aquisição e actualização constantes da informação médica disponível. O cirurgião e general George M. Sternberg, no discurso da sua posse como presidente da AAA, em 1897, foi ainda mais longe ao afirmar: “*with the progress of scientific medicine, we have improved methods of teaching that would free the student to do not accept the*

assertions of the professor in the lecture room or the dictum of any authority” (46).

Porém, na viragem para o século XX a situação educacional ainda não estava a contento, particularmente por ser indispensável dar desenvolvimento curricular e aplicação clínica às descobertas registadas desde as últimas décadas do século XIX, em particular no campo da bacteriologia, por Koch e Pasteur. Abraham Flexner viria a justificar as necessidades sentidas e as medidas que propôs, de forma bem explícita:

“The fundamental science upon which medicine depends (had) been greatly extended” (47).

Havia grande e crescente preocupação no meio médico e também da comunidade de que estariam a ser formados clínicos sem a preparação científica adequada. Nessa perspectiva, as associações médicas norte-americanas, designadamente a AAA, resolveram estabelecer critérios de padronização, de qualidade e certificação da formação médica, que poderiam justificar o encerramento de escolas médicas incumpridoras. Para uma correcta aproximação ao problema, a recém-criada Carnegie Foundation, foi convidada em 1908 pela AAA a liderar o processo de avaliação externa das escolas médicas existentes em laboração. O pedagogo Abraham Flexner, designado por aquela fundação, procedeu de imediato à observação *in loco* de 155 escolas médicas dos E.U.A e do Canadá, de que elaborou um relatório final tornado público em 1910 (47). Nesse relatório eram definidas as alterações necessárias em cada escola visitada (“report cards”), além de um conjunto de recomendações basilares sobre a modelo geral de educação médica a instituir.

Modelo Flexner, baseado em disciplinas – As exigências estabelecidas conduziram ao efectivo encerramento de cerca de 20% das escolas em actividade e à extinção do sistema de aprendizado e dos proprietários de escolas médicas. Flexner defendeu a manutenção de um curso de quatro anos, em que os dois primeiros anos seriam reservados para o ensino exclusivo de ciências biomédicas e os dois últimos anos para a preparação clínica, tendo por objectivo global o desenvolvimento da *medicina científica*. O primeiro daqueles períodos destinar-se-ia para o aluno aprender conhecimentos sólidos, a pensar criticamente e a resolver problemas através do processo hipotético-dedutivo, também conhecido pelo termo “educação progressiva”. Admitia-se que este tipo de raciocínio, comum no processo científico e, portanto adequado à aprendizagem de matérias biomédicas, viria a ser igualmente útil na resolução de problemas clínicos após a formatura¹. O ensino didáctico foi

¹ É de notar que estes propósitos foram reiterados sucessivamente em cada nova reforma ou revisão curriculares, até hoje

minimizado, por troca com o incentivo da aprendizagem nuclear em laboratório ou ambiente clínico, numa perspectiva educacional que Flexner resumiria, ao dizer em 1925:

“*Ainda que a Medicina possa ser aprendida, não pode ser ensinada*” (48).

Flexner considerava que seria também importante para o êxito do novo modelo que as escolas médicas dispusessem de docentes médicos em tempo completo, que aceitassem os anteriores pressupostos e estivessem empenhados em reservar o seu tempo mais para o ensino e a investigação do que para a assistência clínica. Adicionalmente, recomendava que a formação clínica fosse ministrada em hospitais sob orientação académica, os quais seriam locais de eleição para que o ensino ocorresse a par da investigação científica e da prática assistencial. As dúvidas suscitadas pelos alunos e os problemas clínicos de cada doente seriam impulsionadores naturais da investigação, a qual, não sendo a finalidade última, representaria a força principal para um melhor ensino e uma melhor assistência clínica.

Aproximadamente na mesma época, desde finais do século XIX e até cerca da segunda década do século XX, ocorreu no Reino Unido um movimento modernizador do sistema de educação médica, com algumas semelhanças ao do E.U.A. O currículo médico britânico começou a ser fortemente criticado a partir de 1870, pela ausência de actualização de factos científicos verificados em anos anteriores. Porém, ainda se discutia *quanto* da nova ciência deveria ser incluída, de modo a acompanhar as descobertas laboratoriais da bacteriologia e a sua inclusão na prática clínica hospitalar. Cerca de 1920 a medicina laboratorial era um facto incontestado e uma prática clínica de rotina. Naquele intervalo de meio século, a formação médica britânica adaptara-se gradualmente aos novos tempos, aproximando-se do sistema germânico, sendo por fim muito influenciada pelo Relatório Flexner e pelas recomendações que o próprio fez à *Royal Commission on University Education*, quando da sua visita à Europa (49). Um passo importante foi a da construção de laboratórios em cada hospital e, de seguida, a criação de unidades académicas nesses hospitais, dirigidas por professores a tempo completo e sob estrito controlo universitário, de modo que o ensino clínico tivesse o indispensável apoio laboratorial, segundo o modelo adoptado pelo *John Hopkins Medical School*². O esquema foi aprovado em 1909-11 pela *Royal Commission on University Education*, em Londres como forma de melhorar

² *John Hopkins School of Medicine* liderou o processo e tornou-se o protótipo das escolas médicas norte-americanas que melhor desenvolveram o ensino por disciplinas.

o ensino e a investigação médicas num novo tipo de escolas médicas. Alguns anos depois foi instalada a primeira unidades académica no *St Bartolomew's Hospital*, a que seguiram em outros hospitais principais. Todavia, rivalidades entre médicos hospitalares e académicos, o excesso de rotina hospitalar e de alunos, e o recurso à prática de clínica privada dificultaram sobremaneira a funcionalidade e objectivos previstos. Somente na década de 70 foi definitivamente aceite o modelo universitário dos hospitais escolares (50).

Na visita que fez na mesma ocasião a outros países europeus, Flexner observou que o sistema germânica, apesar de avançado e incluir uma forte tradição de ensino e investigação das ciências básicas em continuidade com as clínicas, apresentava, em sua opinião, algumas debilidades, designadamente: currículo demasiado cheio, excesso de aulas teóricas e de demonstração e outras deficiências pedagógicas (51). Por seu lado, ainda que os sistemas de formação médica Inglês e Francês não tivessem um suporte organizado de raiz universitária, tinham o seu ponto forte no ensino clínico hospitalar. Entretanto, nos E.U.A., a efectiva implantação do “*Relatório Flexner*”, que buscava a grande força dos seus argumentos junto de responsáveis médicos e do público em geral nos benefícios potenciais que as bases científicas da Medicina trariam à prática clínica, resultou num rápido aumento da qualidade da formação médica norte-americana nas décadas subsequentes, sobrepondo-se ao nível das escolas europeias (52, 53). O desenvolvimento alcançado pela “*revolução flexneriana*”, concluída na década de 1920, muito deve também aos enormes financiamentos públicos e privados nessa época atribuídos ao sistema de educação médica (2, 52).

O modelo proposto foi em breve seguido por virtualmente todas as principais escolas médicas norte-americanas e europeias. Porém, junto com a aceitação evidenciada, tornaram-se também evidentes as suas principais desvantagens, designadamente, o ensino pré-clínico (e básico) e clínico permanecia segregado, a definição da quantidade e tipo dos conteúdos de cada disciplina eram controlados por cada departamento e, por isso, havia completa ausência de integração interdisciplinar (44). Ao fim de poucos anos a concepção de actividades tripartidas interligadas que Flexner idealizara para os hospitais escolares viria a ser desvirtuada pela predominância que o interesse (individual, institucional e extra-institucional) pela investigação e pela clínica assistencial viria a ter sobre as funções docentes. Esta tendência acentuou-se depois do grande conflito mundial de 1939-45, depois alicerçada na política académica do “*publish ou perish*”, privilegiada com a criação formal dos “centros médicos académicos”.

Modelos de ensino integrado – Sensivelmente na mesma data começaram a ser questionada as vantagens pedagógicas e metodológicas do ensino por disciplinas. Um dos argumentos incidia sobre o alegado excesso de pormenores leccionados pelas ciências básicas, sugerindo-se a sua redução;

outros reclamavam da obsolescência e desorganização inerente ao próprio modelo que, por não estar interligado, conduzia a repetições factuais excessivas, desnecessária e desmotivantes para os alunos durante o ciclo de formação básica (54). Deste movimento resultaram, em cerca de 20 anos de intervalo, duas opções de ensino integrado, uma visando a coordenação horizontal e vertical dos conteúdos, enquanto a outra induziu modificações na metodologia de ensino-aprendizagem.

No primeiro dos processos (*modelo integrado de órgãos e sistemas*), iniciado na década de 1950 pela *Western Reserve School of Medicine*, era enfatizada a reorganização dos conteúdos, a serem leccionados numa estrutura curricular baseada em órgãos e sistemas (55). A organização do programa curricular era confiada a comissões específicas que seleccionavam os conteúdos independentemente dos departamentos (como sucedia no modelo anterior), embora incluíssem representantes dos sectores envolvidos. Inicialmente, era definido um ensino integrado horizontal das ciências básicas, mas a integração continuava incompleta e era pouco eficaz. O sistema melhorou com a integração vertical dos conteúdos das ciências básicas com os assuntos específicos e aplicações práticas das clínicas (anomalias, doenças e sintomatologias) relativos a cada órgão e sistema, com a participação conjunta de docentes das básicas e especialistas das áreas clínicas envolvidas. Este processo de ensino coordenado sequencial possibilitava a revisão de assuntos equivalentes em complexidade crescente ao longo dos anos do curso. No decurso desta iniciativa começaram a ser estabelecidos objectivos educacionais; o ensino decorria essencialmente por aulas magistrais mas também em pequenos grupos; já havia algum contacto clínico desde os primeiros do curso e era promovida a capacidade de resolução de problemas. Na prática, este modelo não ultrapassou algumas dificuldades originais. Em particular, a interligação dos conteúdos e a das suas aplicações potenciais requeriam que ambas fossem efectivamente integradas pelos alunos, o que era inconstante. Verificou-se também que o modelo pedagógico não assegurava que a aprendizagem integrada de conhecimentos viesse a reflectir-se numa melhor capacidade em estabelecer diagnósticos diferenciais na fase de formação clínica (56).

Para aquela finalidade e, ainda, para uma maior retenção e compreensão dos conhecimentos, melhor capacidade de intervenção prática, qualidade dos desempenhos e motivação, foi sugerido que o ensino-aprendizagem decorresse em contextos (problemas) concretos de aplicação. Esta ideia esteve na base da criação do *modelo de aprendizagem por resolução de problemas* (problem-base learning, PBL), desenvolvido por Howard Barrows, da *MacMaster University* (57), depois de outras iniciativas pedagógicas pioneiras, em que se incluíam doentes simulados e filmes curtos para auto-avaliação (58, 59). O modelo de PBL, que adquiriu e continua a ter grande popularida-

de e difusão a nível mundial até ao presente, baseia-se na selecção criteriosa de casos clínicos adequados a cada fase de aprendizagem, pelos quais o aluno é estimulado a aprender os fundamentos de matérias básicas e clínicas relacionadas, no âmbito de determinado órgão ou sistema. Na prática, foi o primeiro modelo pedagógico de educação médica atender mais ao modo (processo) como os alunos aprendem do que aos conteúdos; além de se basear no raciocínio hipotético-dedutivo, na origem da sua concepção estiveram igualmente teorias inovadoras sobre a formação da memória, retenção de informação racionalizada e desenvolvimento de capacidades, atitudes e competências médicas (60), conforme o processo de aprendizagem autónoma, motivada e fundamentada em experiências ou conhecimentos prévios utilizado pelos adultos (61). O programa deverá ser preparado consensualmente por uma comissão aberta, que elabora os problemas (de ênfase predominantemente clínica, desde o princípio do curso) a serem debatidos pelos alunos em pequenos grupos de trabalho, na presença de um tutor. A aprendizagem activa em pequenos grupos gera um novo “centro de gravidade” pedagógica: em vez de estar focado no professor e em aulas teóricas, o ensino-aprendizagem (melhor, a aprendizagem) é centralizado no aluno, estimulado a aprender por si e em grupos de trabalho, com o apoio de fontes de informação e o auxílio de um docente mentor. A ênfase do ensino centrado no aluno evoluiu ao longo dos anos, sobretudo a partir dos anos 90, para uma perspectiva de aprendizagem em “colaboração”, em “cooperação” ou em “comunidade de estudantes” (62).

Admite-se que o PBL prepara o futuro clínico para a designada “*evidence-based Medicine*” e para a formação médica pós-graduada e contínua. (61, 63) Porém, a aprendizagem e treino da capacidade de resolução de problemas em geral, não parece aplicar-se situações específicas nem confere necessariamente a experiência médica pretendida (64,65). A experiência resultará da aquisição de conhecimentos específicos e globais sobre cada tipo de situação clínica, possíveis variantes e doenças que lhe estejam relacionadas. (66). Por outro lado, os alunos, sobretudo nos primeiros anos do curso, têm grandes dificuldades em atingir a generalidade dos objectivos educacionais e competências estabelecidos no programa (67), ou por carência de conhecimentos ou por apoio insuficiente por parte de mentores não médicos ou menos experientes em casos mais especializados (68, 69). Finalmente, mantém-se a polémica entre os que defendem as vantagens cognitivas e práticas da aprendizagem pelo PBL (70, 71) e os que as contestam, em especial quanto à aquisição de conhecimentos e raciocínio prospectivo (que seriam mais profundos e consistentes no currículo por disciplinas) (72-74) e capacidades clínicas (75). Em contrapartida, também são conhecidos os resultados de grupos de alunos que aprenderam por modelos curriculares diferentes, donde se verificou que o aprendizagem integrada conferia maior

competência diagnóstica e prática do que a baseada em disciplinas básicas e clínicas separadas (76). Curiosamente, os alunos daquele tipo de programa integrado, ainda que atribuíssem menor importância às ciências básicas para a prática médica, aprendiam-nas com maior entusiasmo quando integradas em contextos clínicos (77). Um aspecto frequentemente referido é que o ensino baseado em PBL com integração vertical entre básicas e clínicas constitui um pesado encargo para os docentes quanto a tempo despendido na planificação, organização e execução (78-80).

Ainda na década de 90 adquiriu aceitação a ideia de que a capacidade de actuação e desempenho clínicos, bem como os conhecimentos mais relevantes (básicos e clínicos) que lhes são subjacentes devem ser desenvolvidos em contexto clínico semelhante ao real. Este *modelo de apresentações clínicas*, iniciado pela *University of Calgary Medical School* no início da década de 90, constituiu uma extensão do PBL que incluía componentes funcionais dos outros modelos (81). O ensino-aprendizagem decorre em aulas teóricas e em pequenos grupos de trabalho (em proporção equivalente), em que o aluno é exposto a mais de uma centena de sintomatologias mais frequentemente apresentadas pelos doentes; para cada tópico foram definidos, em colaboração com os responsáveis por cada departamento, os objectivos intermédios e finais (conhecimentos, desempenhos e atitudes) para cada categoria de doença que o aluno terá de aprender e resolver através de grelhas estratégicas, no pressuposto de que o domínio do conhecimento (organizado e especificado) e a aquisição de competência ocorrem pela racionalização da respectiva aplicação prática. Este modelo veio a ser, também, a base do novo currículo de Manchester (82), organizado a partir de um “índice das situações clínicas” (ICS), mediante uma lista de situações que consultores, internos e clínicos gerais participantes no ensino consideravam ser as mais comuns e representativas para a formação de futuros médicos. A recolha da listagem teve em conta as recomendações do GMC do Reino Unido (24) sobre alguns dos temas a serem parte das reformulações curriculares). Cada tópico tinha a indicação adicional do que os alunos deveriam saber resolver (por si, com apoio ou como membro de uma equipa). Seguidamente, para cada uma das 215 doenças e sintomas seleccionados como ICS, foram definidos (por especialistas de áreas clínicas e académicas e investigadores médicos) os conhecimentos (técnicos e contextuais) e aptidões (intelectuais e interpessoais) mais extensivos e relevantes a adquirir, num curso programada para 8 módulos nucleares e 4 especiais. A aprendizagem, iniciada nos dois primeiros anos do curso através de PBL, foi continuada pela “revisita” de muitos dos seus tópicos na fase clínica, num processo em espiral inspirado no que Harden e Cols (83,84) haviam desenvolvido e puseram em prática no novo currículo da escola médica de Dundee, desde 1995. Na opinião dos alunos e tutores, o novo currículo desenvolvido em Manchester, com extensão do PBL à fase

clínica conferia confiança na integração dos conhecimentos, era estimulante e possibilitava uma boa experiência na abordagem de situações clínicas (85, 86), ainda que, 3 meses depois de ingressarem no estágio clínico, a apreciação das respectivas capacidades fosse muito menos positiva (87).

Considera-se que, para qualquer dos exemplos referidos, a metodologia utilizada permite ao aluno utilizar os conhecimentos adquiridos sem necessidade de os reestruturar, ao aplicá-los a doentes reais na fase clínica do curso (65, 82, 88).

Um complemento daquele último modelo, que procura dar resposta às críticas dos alunos relativas à excessiva fragmentação da componente clínica do currículo, consiste na organização de *módulos interdisciplinares clínicos* que abrangem duas ou três áreas clínicas diferentes e que poderão incluir o acompanhamento longitudinal de determinadas patologias (89). Além de conferir uma preparação mais abrangente sobre as doenças comuns e possibilitar a análise de cada doente como um todo, objectiva o desenvolvimento de aptidões para a resolução de problemas clínicos e para aprendizagem ao longo da vida (90).

Uma outra perspectiva tem a ver com a *localização da formação clínica*, atendendo a que um volume crescente de atendimentos e cuidados de saúde prestados a doentes decorre em ambulatório, quer em unidades extra-hospitalares ou em consultórios privados. Por esse motivo têm sido emitidas recomendações favoráveis à educação clínica dos alunos em unidades de assistência extra-hospitalar e que particularizem o ensino-aprendizagem dos cuidados primários (91) e da medicina generalista (90). Diversos estudos referem a existência de boas condições de ensino-aprendizagem em unidades extra-hospitalares (92) e alguns dos programas obtiveram prolongado sucesso (93). Na perspectiva de alguns grupos de alunos, a participação dos mentores clínicos era valorizada muito positivamente (94) e entendiam que a aprendizagem em unidades extra-hospitalares não se diferenciava qualitativamente da decorrente em serviços hospitalares (95, 96). Porém, alunos, docentes e pessoal médico inquiridos em outros estudos eram da opinião que os conhecimentos, aptidões e atitudes aprendidas em consultórios privados possuíam valor inferior, por isso, não substituíam as adquiridas em enfermaria (97, 98). Na realidade, e não obstante toda a evidência apontar para novos paradigmas de actuação clínica extra-hospitalar (99), 80 a 90% da aprendizagem clínica continua a decorrer em hospital, por diversas razões, nomeadamente: é mais organizada, é mais rica em situações exemplares e em tecnologias de diagnóstico, e tem mais possibilidades de interacção em grupo de trabalho (100). Esta discrepância entre realidades que configuram a educação médica, por um lado (101), e a prática clínica actual e futura, pelo outro (102) representa um desafio para as instituições envolvidas. Para garantir a eficácia do redireccionamento da formação por casos clínicos hospitalizados para uma educação médica *baseada*

no doente, há que apoiar os novos educadores clínicos com estratégias educacionais (103) e proceder a uma indispensável reorientação do processo de ensino-aprendizagem, esta terá de ser dirigida para a prevenção, para a acentuada e crescente prevalência de doenças crónicas e envelhecimento populacional (104, 105), para o acompanhamento clínico prolongado dos doentes (mais do que para o diagnóstico) e para a concretização dos objectivos prioritários dos cuidados de saúde (diagnóstico rápido, prevenção e reabilitação (100). A educação dos futuros médicos tem de valorizar a importância da empatia no relacionamento médico-doente (106), e reconhecer a influência do contexto em que os cuidados de saúde são prestados na evolução clínica das doenças crónicas (107).

A selecção de situações exemplares e fundamentadas para a formação clínica, na linha da “*evidence-based Medicine*”, tem merecido particular atenção (88, 108). Acresce a importância do “currículo escondido”, que se pratica no ambiente de trabalho, e o valor pedagógico da socialização das tarefas aprendidas e executadas em equipa sob orientação dos tutores, que são lições práticas de profissionalismo aos futuros médicos que se desejam tecnicamente competentes, cuidadosos, atentos e compassivos (109-114). Um complemento deste processo, utilizado em Dundee como alternativa ao PBL, foi o de estimular a aprendizagem pela *execução de tarefas clínicas*, sob a orientação de um mentor médico (84), o que se tem revelado eficaz no desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e atitudes e, ainda, como processo integrador da aprendizagem por sistemas com os resultados finais/competência adquiridos.

No seguimento dos modelos de ensino baseados nos conteúdos e na *metodologia*, começou a ser privilegiada recentemente a formação médica pelos *resultados e competência (outcomes)*. Em vez de demonstrarem o que lhes foi ensinado, este *modelo de formação baseado na competência* exige-lhes que demonstrem o que aprenderam, sob a forma de um conjunto de capacidades indispensáveis para uma prática competente da profissão (62, 115, 116). Para serem plenamente atingidos, os resultados estabelecidos para a aprendizagem devem ser “largos, extensos e profundos” (117). O desenvolvimento profissional/níveis de competência adquirida parecem ser profundamente influenciados pela atitude do estudante durante a aprendizagem e pela evolução cognitiva; porém, continua a ser discutível se as atitudes podem ser adquiridas pela experiência (118) ou se são inatas (119). Na primeira hipótese, os resultados da aprendizagem seriam afectados pelo contexto sócio-emocional de experiências vividas pelos estudantes, em que se inclui a importante intervenção dos mentores (120). Na segunda hipótese haveria a maior vantagem em seleccionar estudantes que já possuíssem atitudes adequadas ao perfil médico pretendido. Este modelo de “*competence-based education*” exige que o formando demonstre a competência adquirida

durante a formação (incluindo a aplicação concreta de determinados conhecimentos, desempenhos e atitudes) como critério de licenciatura (e, também, para transição para uma fase seguinte de pós-graduação) (121). A qualidade funcional e eficácia deste modelo requer, por parte das instituições, um grande rigor na definição do que se pretende avaliar quanto a conhecimentos, desempenhos e atitudes fundamentais a serem demonstrados pelos futuros licenciados no termo da sua formação (122, 123). Adicionalmente, há que dispor de instrumentos fiáveis para uma correcta avaliação dos resultados que explicitam a competência requerida, o que não é fácil nem está resolvido (124).

A definição de padrões explícitos para a educação médica parece ser um acontecimento inevitável (125). Para o efeito têm sido desenvolvidos esforço no sentido de uma definição das competências, metodologias a utilizar e mecanismos reguladores do respectivo processo educacional (24, 126, 127). Em 1999, a World Federation on Medical Education apresentou um conjunto de padrões mínimos ou essenciais para a educação médica pré-graduada (128). Mais recentemente foi apresentado no *Institute for International Medical Education*, com sede em New York, um núcleo de sete domínios (mínimos essenciais) de competência clínica exigíveis aos médicos recém-licenciados, com a recomendação de ser posto em prática por todas as escolas médicas, a nível mundial(a) valores, atitudes, comportamento e ética profissionais; (b) bases científicas da medicina; (c) aptidões clínicas; (d) aptidões de comunicação; (e) sistemas de saúde e saúde das populações; (f) gestão da informação; (g) pensamento crítico e investigação (129).

Um outro modelo, conhecido desde a década de 70 por *educação inter-profissional* é o da formação em equipa multiprofissional na área da saúde. Depois de um período em que não teve desenvolvimento, aquele tipo de formação foi recentemente recuperado por algumas escolas norte-americanas e europeias, na tentativa de fomentar a capacidade de interacção e aprendizagem conjunta dos estudantes de medicina com os de outros ramos da saúde, antecipando (com exemplos clínicos bem definidos e circunscritos a alguns temas) os cenários de trabalho em equipa na vida profissional (130, 131). Porém, o modelo apresenta dificuldades relevantes (33). Embora sejam conhecidas opiniões favoráveis pela parte dos estudantes, não existem estudos concludentes da comparação deste modelo com os anteriores nem relativos à perspectiva dos doentes sobre a qualidade dos cuidados de saúde prestados (132).

Os projectos de ensino integrado incluem estratégias educacionais inovadoras que poderão ser vantajosamente interdependentes. Contudo, a partir de determinado momento, foi sentida a necessidade de clarificar o significado do que se designava por ensino integrado e os processos a utilizar para a sua concretização. Este aspecto, salientado no princípio da década de 80 pelo grupo de Dundee, liderado por Ronald Harden, desencadeou uma frutuosa

contribuição de outros investigadores de educação médica no Reino Unido para *definição* de novos princípios, estratégias e metodologias, aplicáveis não só à fase pré-graduada mas ainda a todo o continuum de uma formação médica competente.

Em contraste com os métodos mais tradicionais de ensino (centrados no professor, baseado em disciplinas, informação abundante de conhecimentos, programa uniforme, ensino clínico baseado no hospital, ensino clínico *oportunistíssimo*), os novos métodos tenderam para um processo de aprendizagem centrado no aluno, baseado na resolução de problemas, integrado, sistemático, baseado na comunidade, e com opções temáticas, que, no seu conjunto, deu origem ao *modelo SPICES*³ (133).

De acordo com aquele modelo, os alunos são primordialmente responsáveis (a) pela sua própria *aprendizagem* (*como*, quando, quanto e o quê) sob orientação de docentes, em vez de dependerem estritamente destes sob a forma de aulas teóricas e práticas formais; (b) Pela *resolução de problemas-tipo* (p. ex., de ciência médica, clínica, investigação biológica), o conhecimento adquirido activamente na aprendizagem é integrado, enquanto desenvolve aptidões próprias para solucionar questões práticas, com potencial utilidade clínica; (c) A *integração* (horizontal e ou vertical) dos conhecimentos constitui uma acção unificadora sobre temas inter-relacionados das ciências básicas e clínicas, que seriam abordados de modo distinto e fragmentado em disciplinas ou áreas distintas; a integração poderá evoluir sob diversos formatos e em estádios diferentes, entre o ensino de matérias específicas num extremo e a integração total de conteúdos no outro, com uma parte intercalar mista, consoante as condições locais e a experiência dos docentes envolvidos (134); (d) A localização preferencial da aprendizagem na *comunidade* vem ao encontro das modificações introduzidas nos cuidados de saúde, quer resultantes do progresso médico (que deu azo a que muitas situações antes resolvidas somente com o doente hospitalizado sejam cada vez mais intervencionadas em unidades extra-hospitalares, enquanto a hospitalização é reservada situações clínicas mais complexas e especializadas, fora do âmbito da fase de pré-graduação) quer também por razões de menor custo. Ao aprender na comunidade, preferencialmente desde o início do curso, o estudante estabelece contactos com a realidade social e económica dos indivíduos saudáveis, com as especificidades do acompanhamento continuado dos doentes e as repercussões nos familiares no seu próprio meio, além de permitir um conhecimento prático sobre o sistema de cuidados de saúde; (e) A possibilidade de “construir” uma parte do seu próprio programa formativo, sob a forma de *opções* (cursos, estágios ou projectos) complementares das

³ Acrónimo derivado das primeiras letras de Student, Problem-Based, Integrated, Community-Based, Elective, Systematic.

áreas básica ou clínica do núcleo curricular oferece várias vantagens potenciais: além de preservar o núcleo curricular do curso do aumento crescente de conhecimentos demasiado especializados que poderiam sobrecarregá-lo, disponibiliza a aprendizagem de uma grande diversidade temas que possam interessar e serem aprofundados somente por uma fracção dos alunos, sem os incluir no núcleo curricular indispensável para todo o curso., aumenta o sentido de responsabilidade individual, poderá facilitar a escolha de uma futura especialização e modelar as suas aptidões e atitudes profissionais; (f) Por fim, ao ser perspectivada uma abordagem *sistemática* do que é essencial ser aprendido, está a ser criada uma base de responsabilização institucional e individual (de docentes e alunos) perante a sociedade, quanto à homogeneidade do conhecimento e preparação qualificada de cada futuro médico.

Consideradas as vantagens e desvantagens conhecidas relativamente ao modelo de ensino por disciplinas, a extensão e profundidade de implantação do modelo SPICES deverão ser reguladas pelas características, possibilidades (estruturais e funcionais) e objectivos globais definidos por cada escola. Será por isso admissível a utilização de uma mistura (variável) de ambos os modelos (tradicional e integrado) na dinamização de determinado programa curricular (134).

No seguimento das recomendações que o General Medical Council (G.M.C.) do Reino Unido divulgou através da publicação "*Tomorrow's Doctors*" (24), 24 escolas médicas de Inglaterra, País de Gales e Escócia iniciaram a renovação ou a preparação de um novo currículo médico. Exceptuando duas daquelas escolas, que mantinham à data o currículo tradicional com algumas inovações pedagógicas, os restantes aderiram a modelos curriculares centrados no aluno e organizados em módulos de integração temática por sistemas, com exposição precoce a doentes e problemas clínicos e formação clínica intensa no período final do curso. O último ano do curso passou a ser reservado para a preparação do internato médico profissionalizante (*pre-registration house officer*), conforme o plano pormenorizado pelo G.M.C. em "*The New Doctor*" (135).

Entretanto, na linha das orientações estabelecidas pelo modelo SPICES e também seguindo a experiência do G.M.C., que demonstrara ser possível a formulação (e seguimento) de objectivos globais que transcendiam instituições individualizadas de ensino médico, as oito escolas médicas holandesas estabeleceram um projecto de cooperação para a definição de objectivos finais (educacionais e científicos) comuns, a serem seguidos na respectiva reestruturação curricular com vista a uma determinado perfil de médico, de que resultou o documento "*Blueprint 1994*" (26). Entre outros requisitos, era perspectivada a formação de médicos com competência clínica pelo domínio de conhecimentos, aptidões e comportamentos adequados a um exercício profissional responsável e eficaz perante os doentes e a sociedade. A apren-

dizagem baseava-se na resolução de problemas em pequenos grupos de trabalho, como modo de treinar o raciocínio crítico e a aquisição de conhecimentos integrados; a preparação clínica era adquirida inicialmente em laboratório e depois desenvolvida com doentes, tendo como base um conjunto de listagens pré-definidas sobre problemas, situações mais comuns das principais áreas clínicas, para cada uma das quais eram definidas as aptidões essenciais a atingir. Era também dada grande ênfase à profissionalização da actividade educacional dos docentes. O programa do Blueprint foi melhorado em questões de pormenor e concisão, não registando alterações relevantes na versão de 2001 (136).

As circunstâncias que conduziram à concepção do modelo SPICES alteraram-se substancialmente desde então, com repercussões relevantes na gestão e funcionalidade das escolas médicas e das unidades de saúde com ensino clínico, em equilíbrios diferentes de participação dos docentes pelas actividades de ensino, investigação e assistência clínica, nas expectativas e direitos reconhecidos dos doentes ou, ainda, no crescente número de alunos inscritos nas escolas médicas. Em consequência, houve que alterar ou reafirmar estratégias e instrumentos pedagógicos, perspectivando a formação de médicos com a competência adequada às exigências do século XXI, o que conduziu à proposta do modelo PRISMS⁴ em 2001 (137). Este modelo condensava seis orientações de estudo-aprendizagem: (a) os programas de formação deveriam ser objectivados para *o produto* final, isto é, médicos competentes cujo ensino-aprendizagem havia sido baseado na integração dos conhecimentos da ciência básica no contexto de problemas clínicos e subsequente prática clínica; (b) a aprendizagem deve privilegiar matéria *relevante* para o desenvolvimento de decisões baseadas na evidência, em conjunto com aprendizagem de aptidões e comportamentos potencialmente úteis para atendimento clínico; (c) os programas curriculares devem fomentar a aprendizagem interprofissional, *com* potenciais benefícios para uma boa prática assistencial em equipa multidisciplinar de saúde; (d) a formação deve decorrer em pequenos grupos de alunos e em menor (*smaller*) tempo de curso; (e) a formação clínica deve decorrer em *múltiplos locais*, com ênfase em unidades extra-hospitalares e na comunidade, beneficiando do apoio de tecnologias informáticas; (f) o processo educacional deve ser *simbiótico*, isto é, formação clínica e respectivo produto final englobam múltiplos componentes e parceiros institucionais e da comunidade em interacção constante e flexível (112).

Mais recentemente, acentuou-se o interesse pelas novas tecnologias da informação, que estão a fazer parte das novas metodologias de ensino-aprendizagem, quer a nível da pré-graduação quer na formação médica

⁴ Acrónimo derivado das primeiras letras de **P**roduct, **R**elevant, **I**nterprofessional, **S**maller, **M**ultisites, **S**ymbiotic.

permanente. O recurso ao conhecimento e prática virtual de algumas aptidões técnicas de rotina ou especializadas possui grandes potencialidades para induzir modificações profundas na formação médica do futuro (138).

Um outro aspecto que tem merecido renovado interesse é o desenvolvimento do *profissionalismo* dos futuros médicos. Tradicionalmente, o profissionalismo engloba três aspectos principais: nível elevado de conhecimentos e experiência específica, autonomia no desempenho e na resolução de problemas próprios da profissão e intervenção empenhada no serviço público (139). Porém, face às críticas de que os programas curriculares não conferiam preparação adequada para um exercício profissional satisfatório, e na sequência de recomendações específicas de organismos profissionais (21, 24), o ensino do profissionalismo começou a fazer parte das preocupações dos novos currículos. Num inquérito promovido junto de 116 escolas médicas norte-americanas, cerca de 90% haviam desenvolvido cursos, metodologias, ou sessões específicas de aconselhamento sobre o assunto (140). Outros aspectos influenciarão as atitudes profissionais, tais como a selecção dos estudantes, o currículo informal, o contributo de mentores com características modelares, a importância da diversidade e de diversos aspectos culturais, a aprendizagem em equipa de trabalho de cuidados de saúde primários e secundários (141). De todas as iniciativas possíveis, admite-se que o exemplo profissional e aconselhamento pertinente por bons mentores, bem como uma maior ênfase no desenvolvimento do profissionalismo ao longo do curso de pré-graduado serão contributos relevantes para a formação de médicos com reforço das qualidades profissionais e humanistas (142). Está demonstrado que os estudantes que aprendem com mais autonomia junto de mentores que têm comportamento mais humanista têm melhor aprendizagem de conceitos, melhor adaptação psicológica às situações clínicas e terão também atitudes mais humanistas junto dos seus doentes (143).

Evolução das Reformas Educacionais

Os programas de formação médica são “matéria” instável e constante motivo de preocupação das organizações médicas mais representativas, nacionais e internacionais. Além das cinco principais reformas que Papa localizou entre 1906 e 1992 (44), ocorreram nos E.U.A. quinze iniciativas reformistas, em que apenas uma consta do primeiro grupo (a gerada pelo relatório Flexner); onze foram desencadeadas por comissões ou conselhos nacionais para a educação médica; de treze do total resultaram três categorias de recomendações específicas: (a) no programa curricular (b) na estrutura interna das escolas médicas e ou (c) no relacionamento destas com instituições ou empresas externas (144). Aquelas sucessivas propostas de novas

estratégias educacionais, organizacionais e financeiras seriam justificadas inicialmente pela necessidade de melhoria da qualificação médica (47), a que acresceram mais tarde outros motivos, tais como a deterioração da assistência médica à população e o progressivo aumento dos custos dos cuidados de saúde (145). Num inquérito promovido em 1989 sob os auspícios de *The Robert Wood Foundation*, intitulado “*Preparing Physicians for the Future: A Program in Medical Education*” 61% dos cerca de 1400 directores, chefes de departamento e outros docentes de 121 escolas médicas norte-americanas indicaram a necessidade de alterações fundamentais no programa de educação médica; indicaram ainda que a erosão do processo educacional resultara sobretudo do modo como a medicina estava a ser praticada (146, 147).

Do conjunto das iniciativas reformistas entretanto desencadeadas, com o apoio de um relevante financiamento concedido por aquela Fundação a 67 das escolas médicas que o solicitaram, resultaram modificações muito positivas em 8, sobretudo quanto à política de governação e coordenação geral dos processos, extensão do ensino em unidades extra-hospitalares e, em alguns casos, também quanto à metodologia educacional. Contudo, grandes partes das recomendações não foram viabilizadas, aparentemente devido a serem orientações consensuais e não específicas de cada caso concreto (101). De facto, as alterações concretizadas ocorreram sobretudo nas escolas médicas que foram directamente avaliadas, como sucedera para a elaboração do relatório Flexner (47). Também foi sugerido que, ao evoluírem para centros médicos académicos, as faculdades de medicina transformaram-se em organizações complexas, com interesse financeiros institucionais e individuais subjacentes, que privilegiavam a prestação de cuidados de saúde e a investigação em desfavor do ensino (148). Outra causa de insucesso verificado na inovação educacional, eventualmente relacionado coma conjuntura anterior, seria a escassa integração do ensino das ciências básicas e clínicas do currículo em muitas faculdades. As modificações curriculares deveriam ser verificadas através dos resultados globais das escolas médicas, e serem acreditadas por um organismo coordenador nacional de todas as vertentes de educação médica (144, 149).

Foi ainda demonstrado, a partir de dezanove dos vinte e quatro principais relatórios de avaliação produzidos entre 1910 e 1993 por comissões e instituições norte-americanas com poder sobre o sistema de educação médica norte-americana, que as sucessivas reformas curriculares, reclamadas e impulsionadas naquele período de quase um século, continham objectivos e propostas de alteração geral muito semelhantes, ainda que todas sublinhassem os mesmos propósitos e missão, quer para as escolas médicas quer para os clínicos em geral. Os objectivos globais eram na generalidade comuns, continuando a ser tão válidos hoje como o foram enunciados por Abraham Flexner, designadamente:

- (a) Prestar cuidados de saúde requeridos e de interesse público;
- (b) Gerir o aumento crescente de conteúdos e a complexidade da informação disponível em cada período, assegurando a actualização eficaz do conhecimento médico;
- (c) Assegurar o carácter “generalista” da educação médica na pré-graduação, promovendo integração do conhecimento e o interesse pela prática da medicina geral e “multipotencial”.

Por outro lado, foram identificadas quatro categorias de recomendações relativas a (a) processos pedagógicos, (b) conteúdos, (c) desenvolvimento estrutural, e (d) organização. Todos os aspectos citados também merecem plena concordância actual.

Na generalidade, aqueles relatórios sublinhavam que as recomendações dos anteriores não haviam sido completamente atendidas e indicavam ser urgente introduzir as modificações que cada qual prescrevia (que, na realidade, eram proposta similares às dos relatórios anteriores). A situação era ainda mais estranha pelo contraste entre a relativa uniformidade das propostas e a diversidade das modificações específicas e conjunturais verificadas no âmbito da Medicina, da Ciência e da Sociedade durante quase um século. No começo da década de 90 o currículo médico tradicional continuava a ser criticado por formar médicos insuficientemente preparados para os novos desafios profissionais (150).

As explicações que ocorrem de imediato para tão surpreendente constatação não se afiguram animadoras, ao sugerirem que os problemas do ensino médico não têm solução (o que não parece crível) ou, em alternativa, propondo que o empenhamento (institucional e ou individual) na dinamização das reformas tem ficado aquém do exigível. Uma outra hipótese adiantada pelo autor do estudo seria que as instituições que intervêm na formação médica estão mais preocupadas com a reafirmação dos valores e objectivos essenciais da profissão médica e a existência de um processo de auto-regulação educacional e profissional do que com a reforma curricular. Este posicionamento, face às sucessivas alterações sociais, aumento do conhecimento científico e técnico, crescentes expectativas do meio e afirmação de direitos individuais, acentuara-se em particular depois da década de 1960 (151).

Uma perspectiva mais optimista do que a anterior partiu de uma avaliação (por inquérito) dos desenvolvimentos educacionais verificados durante 10 anos (entre 1986 e 1996) em todas as escolas médicas canadiana (152). Na avaliação institucional anterior (em 1986) as escolas haviam apresentado as suas pretensões, em particular para um maior financiamento dos encargos a suportar (com novos processos interactivos e um modelo de ensino centrado no aluno.) Por seu lado as recomendações então apresentadas haviam sido também cumpridas, pelo que o saldo final foi considerado surpreendentemente positivo.

Apesar das repetidas críticas ao currículo tradicional e de recomendações semelhantes sucessivamente apresentadas (individualmente e por comissões e organismos responsáveis pela educação e profissão médicas) no sentido da uma inovação pedagógica por aprendizagem activa e objectivada, têm sido referidos casos de mudanças curriculares que, na prática, não ocorreram (153), estagnaram ou retrocederam ao fim de algum tempo para um modelo mais tradicional, já conhecido e, portanto, também o mais “confortável” “para todos, docentes e alunos). Fox (154) admitiu que era uma longa tradição das escolas médicas americanas procederem a reformas periódicas que, no entanto para Boom (148), seriam inconclusivas (“*reform without change*”) enquanto não fossem solucionadas as questões sociais, organizacionais e financeiras que estão a pressionar aquelas instituições. Num dos exemplos conhecidos, o retorno ao formato tradicional ao fim de cinco anos de modificações curriculares inovadoras foi, entre outras justificações (de docentes representativos das áreas básicas e clínicas) atribuído a(a) não haver disponibilidade de tempo para formatos educacionais alternativos ao das aulas teóricas, (b) o ensino teórico era a melhor metodologia para fornecimento dos conteúdos que os alunos necessitavam aprender, (c) o processo de aprendizagem activa não conferiria suficiente conteúdo curricular, (d) ninguém era promovido por ensinar (155). Esta análise, a que acrescem dificuldades referidas na mesma época por representantes de 8 escolas médicas norte-americanas que haviam integrado o programa “*Preparing Physicians for the Future: A Program in Medical Education*” (156), permite concluir que mudar um currículo é uma tarefa incontestavelmente difícil, superada somente pela sua sustentação.

Uma das reacções comuns ao crescimento geométrico dos novos conhecimentos, particularmente na área biomédica, tem consistido no aumento de conteúdos factuais do curso, quase sempre por decisão unilateral dos docentes responsáveis de cada área. Porém, enquanto os conhecimentos aumentam o mesmo não sucede com o tempo de escolaridade do curso, que permanece estabilizado. A sobrecarga de conteúdos imposta aos alunos por vezes irrelevante para os objectivos finais do curso, tende a distorcer o equilíbrio essencial da aprendizagem, entre os conhecimentos indispensáveis e relevantes, e as aptidões e atitudes a desenvolver. Depois, uma vez iniciada, cada reforma tende a cristalizar” durante um período variável, durante o qual as instituições, docentes e alunos se acomodam a uma rotina conhecida, indiferente às alterações entretanto ocorridas no seu exterior, até estas serem apercebidas internamente ou por organismos nacionais e internacionais que superintendem à formação e prática médicas (21, 22, 24, 26)

Eventualmente, a profusão de recomendações, modelos e estratégias pedagógicas que têm sido propostos para a formação médica pré-graduada (133) constitui uma reacção natural correctora e ou de adaptação às constan-

tes alterações do conhecimento específico e das condições e progresso da Sociedade. A ser assim, em que a adaptação à mudança é uma constante, com repercussão continuada nos conteúdos, valores e prática da Medicina, estaria explicada a aparente insatisfação quanto à formação médica e, portanto, as sucessivas intenções de alteração verificadas, em busca da reforma ideal (52, 144) e de um novo modelo de desenvolvimento quer das escolas médicas quer da preparação dos seus docentes para uma gestão eficiente das novas conjunturas e processos de mudança (157). Por outras palavras, a mudança dos processos educacionais e na área da saúde, junto com o crescimento científico, são forças de pressão actuantes a nível das escolas médicas, com potencial repercussão na renovação estratégica da missão institucional e no modo de participação dos seus principais intervenientes (19).

Grande parte das modificações subjacentes representaria somente etapas de um mesmo processo de desenvolvimento evolutivo que, contudo, não seria impeditivo de uma transição radical de paradigma educacional assim que o processo anterior se revelasse menos adequado. Sem demérito pelos conceitos e tecnologias educacionais que vêm embebendo os modelos de formação médica, há a salientar que as características especiais da prática da Medicina justificam que a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes considerados essenciais para o exercício profissional competente sejam baseados também em processos especiais (158). Por outras palavras: a formação médica não deverá ser conceptualmente espartilhada em metodologias educacionais indiferenciadas, pois requer teorias, valores e processos próprios, a aplicar na programação curricular que se pretende melhorar e objectivar para metas definidas.

Uma das críticas que os alunos de escolas médicas (norte-americanas e canadianas pedagogicamente mais inovadoras faziam ao novo currículo era a de promoverem insuficiente instrução padronizada (159). Essa reclamação foi objectivamente confirmada, a partir da década de 70, pelo aumento crescente e significativo de alunos do programa médico da Universidade de McMaster (uma das pioneiras do ensino-aprendizagem em pequenos grupos tutelados por um docente) que não obtinham aproveitamento nos exames nacionais de licenciatura. A correcção daquela situação foi protelada durante quase 15 anos, até pôr em causa a manutenção ou abandono do projecto. Na prática, uma das soluções bem sucedidas consistiu na reintrodução de exames e provas de avaliação quantitativa (160).

Qualquer projecto de reforma tem de objectivar a formação de médicos tecnicamente competentes e preocupados em prestarem bons cuidados da saúde, com humanidade. Entre outros factores referidos, a ausência de uma prévia preparação conceptual e pedagógica dos docentes arrisca-se a que a aplicação de conceitos e metodologias inovadores sejam somente uma ligeira película de revestimento externo num currículo que, na sua essência, perma-

nece imutável (133). Também é bem conhecida a influência do “currículo escondido” nas atitudes e comportamentos dos estudantes, em que os modelos de actuação dos docentes e o ambiente de trabalho em equipa médica tende a ser mais importantes do que as actividades próprias do serviço (113, 161, 162). Cerca de 83 % dos directores de escolas médicas norte-americanas consideraram que os exemplos dados pelos docentes e internos hospitalares era o factor mais influente no desenvolvimento de padrões profissionais pelos estudantes de medicina (163) São conhecidos exemplos positivos e negativos que influenciaram os alunos na selecção da carreira médica (164, 165). Por idêntica razão, a limitada valorização, falta de reconhecimento ou a deficiente qualidade das medidas desenvolvidas pelos médicos com responsabilidades docentes perante problemas éticos da prática clínica poderão explicar os escassos progressos ou a impreparação registados nesse âmbito por alunos de novos programas curriculares de diversas escolas médicas (110, 114, 166). Num dos estudos, 35% dos alunos haviam testemunhado comportamentos não éticos no primeiro ano do curso, elevando-se aquele valor para cerca de 90% no 4º ano (167).

Ainda não passou tempo suficiente para identificar as possíveis desvantagens e ou ineficácias práticas das propostas curriculares mais recentes. Embora se afigurem muito racionais, fundamentadas e, portanto, bastante credíveis, não se poderá ignorar que os modelos antecedentes pareciam ser, na sua época, igualmente fundamentados e credíveis.

Na prática, sobram motivos que justifiquem a pouca eficácia de cada nova iniciativa. Por exemplo, existe um hiato entre as teorias da educação médica (em que se incluem também as metodologias propostas) e a prática, em parte por não haver uma forte investigação a fundamentar as propostas apresentadas (168). As lacunas assinaladas explicariam alguns dos desajustes na acção docente. Para que um dado programa conduza aos benefícios aguardados é indispensável que os docentes (além de terem compreendido os conceitos, finalidades, estratégias e processos de actuação, e tenham obtido actualização pedagógica adequada) (169) estejam motivados e disponham de tempo, especificamente, para as tarefas pedagógica e para reflectirem sobre a aplicação de inovações. Na grande generalidade dos casos nenhum daqueles requisitos virá a suceder, ou terá sido agravado pelas crescentes exigências economicistas que impendem sobre a prática clínica ou pelo agravamento da tensão entre produtividade requerida pela investigação e o tempo despendido no ensino, em particular quando este decorre de acordo com os modelos integrados baseados em problemas e pequenos grupos de trabalho (170, 171). As modificações aceleradas no sistema de prestação de cuidados de saúde, a crescente dificuldade em aceder aos doentes e a progressiva redução dos tempos de internamentos hospitalar (quer devidas ao progresso técnico de alguns tipos de tratamento quer devidas a novas medidas de gestão eco-

nómica) estão a criar problemas delicados de ensino-aprendizagem, em particular na fase de formação clínica (10, 172, 173).

Uma outra causa (mais lata) de ineficácia de cada novo modelo curricular poderá ser encontrada num intrincado desequilíbrio de lideranças e interesses (individuais e colectivos) que há muito prevalecem sobre os destinos da formação médica, e que se repercutem em currículos estruturalmente ancilosados, com enriquecimento factual crescente e pedagogicamente descoordenados (148). A resistência à mudança tem sido frequentemente atribuída aos docentes responsáveis por disciplinas e departamentos (por condicionarem a selecção de conteúdos, oporem-se a mudanças metodológicas e imprimirem dinâmicas sectoriais que nem sempre convergem com os propósitos globais (174). Nesta perspectiva, o renovado e aprofundado reducionismo científico seria uma força poderosa que contraria o desenvolvimento dos currículos integradores, do mesmo modo que as inovações tecnológicas e a especialização médicas virtualmente extinguiram a medicina holística e generalista (34).

Num estudo recente envolvendo duas escolas médicas antigas, uma pública e outra privada localizadas em estados diferentes dos E.U.A., os obstáculos à mudança curricular (promovida com 5 anos de intervalo) para um modelo multimodal, assim como os processos utilizados para os ultrapassar, foram essencialmente idênticos. (175). Um dos argumentos mais frequentes de resistência à mudança por parte dos docentes era que o currículo tradicional seguido por ambas as escolas não necessitava de alterações, enquanto os responsáveis pelos departamentos temiam a perda de controlo sobre o ensino das respectivas áreas (176).

Porém, a resistência também poderá partir dos alunos, por não apreciarem currículos inovadores baseados em estratégias educacionais que os conduzam à procura de soluções e promovam a auto-aprendizagem (177). Acresce que as metodologias inovadoras e o modo como os alunos aprendem e estudam poderão ser situações nem sempre sobreponíveis, susceptíveis de alguma preocupação institucional (178). Também há diferenças fundamentais entre o que lhes é ensinado e o que estudam, em parte por influência da cultura informal envolvente (179). O ambiente em que decorre a aprendizagem é preponderante para o modo como os alunos se apercebem e apreendem os valores e princípios da profissão médica (180). Contudo não existem comportamentos homogéneos da aprendizagem. Independentemente dos normativos educacionais ou do sistema de ensino-aprendizagem seguido, os estudantes aprendem por processos próprios, que evoluem ao longo de anos de estudo e que se consolidam no ensino superior. A par dos estudantes que acompanham todas ou quase todas as aulas, outros nem por isso, preferindo aprender por si, através de livros, apontamentos ou pelos sítios disponibilizados na Internet; outros trabalham melhor em grupo, além dos que se orientam por diversos processos. No fundo, a preferência individual por determi-

nados de esquemas de estudo indica que o ensino universitário deve ser organizado com metodologias adequadas para adultos, o que, na prática, significa um processo preferencialmente centrado no aluno, ainda que apoiado pelos docentes, que devem actuar como moderadores e orientadores da aprendizagem (181).

Já em 1932, no relatório final de uma comissão para a educação médica da *Association of American Medical Colleges*, era feita menção à rigidez, ao enorme conteúdo factual (com excessivo peso de assuntos e doenças raras que interessam mais a especialistas e que confere escassa atenção aos problemas reais dos doentes) e ao desequilíbrio na formação curricular; a situação espelhava “...*the almost frantic attempts to put into the medical course teaching all phases of scientific medical knowledge, and the tenacity with which traditional features of teaching are retained...*”, sendo atribuída grande importância a que “*training be permeated with an understanding of the larger social and economic problems and trends with which medicine must deal, and which are likely to influence the form and opportunities of practice in the future ...*” (182).

Ressalvando o que tem sido afirmado quanto à indispensável adaptação do formato de educação médica às novas realidades do conhecimento, às expectativas da sociedade, e às alterações nos processos de gestão e de prestação de cuidados de saúde, é um facto que a estrutura curricular tradicional baseada em disciplinas e inspirada na “reforma Flexner” continua a vigorar em grande número das escolas médicas do mundo, pelo menos a nível das disciplinas básicas e pré-clínicas (126, 183, 184). Qualquer que seja a causa daquele conservadorismo educacional, no mínimo atesta favoravelmente quanto à persuasão dos seus conceitos e à durabilidade funcional de um modelo com cerca de um século. Vem a propósito recordar que os propósitos gerais então enunciados ainda constam das recomendações e programas curriculares actuais; tinham por objectivo que os estudantes de medicina observassem, sentissem, escutassem e identificassem sinais laboratoriais e clínicos e os praticassem à cabeceira do doente, o que Flexner resumiu numa simples frase:

“*The student no longer merely watches, listens, memorizes; he does*” (47).

Parte II

“O meu método (é) conduzir os (meu) s alunos pela mão à prática da medicina, levando-os diariamente a ver doentes num hospital público, onde podem ouvir os seus sintomas e observá-los. Então interrogo os meus alunos sobre o que notaram (nos doentes) e acerca do que pensam e das suas percepções quanto à causa da doença e os princípios do tratamento”

(Franciscus de la Boe Sylvius, professor de medicina da Universidade de Leyden, 1614-1672)

Desenvolvimento de um Projecto

As necessidades de mudança, de renovação, são impulsos naturais que remontam às origens da civilização. Não surpreende, pois, que Heraclito afirmasse que *“nada existe de permanente a não ser a mudança”*, assim como não admira que essa tendência continue a manifestar-se intensamente – ainda que não poucas vezes de forma descontrolada – nos mais variados domínios da vida humana, em que se incluem a educação e a ciência. A realidade actual caracteriza-se por uma mutabilidade constante e acelerada de conhecimentos, conceitos, princípios, conjunturas socioeconómicas e recursos disponíveis. As mais diversas realizações geradas pelo progresso, que ocorrem em plataformas reais e ou virtuais em tempos e dimensões distintas e entropia crescente são, porém, origem de contradições e irracionalidades que requerem um contínuo reordenamento, a que o sociólogo contemporâneo Edgar Morin designou por *reforma do pensamento* (185).

As sucessivas reformas instituídas no sistema de formação médica inserem-se naquela tentativa de acompanhar, senão mesmo a de antecipar, as modificações mais relevantes e afins da sociedade em que está inserido.

Todavia, para que as escolas médicas respondam com eficácia aos novos desafios, conhecidos e desconhecidos, será indispensável preparar, primeiro, e depois modificar os espíritos para a mudança, quer dos docentes quer dos educandos. Neste ponto, mais importante que os discursos, as directivas, as circulares, assumem particular relevância as intervenções práticas, a personalidade dos intervenientes, o *ethos*, os interesses e também as ideologias.

Independentemente daqueles pressupostos, será possível conseguir a adesão a um novo projecto sem reformar primeiro as escolas médicas? Parece ser precisamente nesse ponto que tendem a falhar as sucessivas reformas do ensino médico. Miller-Guerra, num dos seus mais notáveis documentos,

deu há muito a resposta aquela pergunta, com a frase que perdurou até hoje: “*as universidades não se auto-reformam*” (186). E, como explicação, adiantou duas razões principais umas intrínsecas (ou institucionais) e outras extrínsecas (ou sociopolíticas, em que se inclui a influência das instituições tutelares). Sucede que, por via de tão vasto e diversificado conjunto de interesses e poderes, continua a haver os que aderem ao projecto com entusiasmo, idealismo e espírito de missão mas também há os que lhe resistem, além dos que permanecem indiferentes ao assunto e às circunstâncias.

Portanto, como disse Miller-Guerra, a reforma não pode ser apenas circunstancial e no essencial conservadora, como é comum, mas terá de ser essencialmente estrutural para ser eficaz e duradoura. E, do mesmo modo que as mudanças educacionais têm de ser profundas, o mesmo é exigível das condições subjacentes e envolventes em que decorre o ensino médico.

Em Portugal, a formação médica pré-graduada, que decorre em universidades públicas, tem dependido, pela sua complexidade específica, de dois ou três tipos de tutela governamental, de um lado a da Saúde e do outro, actualmente associadas, a Ciência e o Ensino Superior. É exigível que o suporte das tutelas convirja para um propósito socialmente prioritário e indiscutível, ao assegurar condições essenciais para uma formação médica qualificada e em permanente actualização. Directa e indirectamente, aquele apoio influenciará as motivações dos agentes de ensino, as condições de funcionamento das instituições e, também, a dinâmica e estabilidade das reformas curriculares.

Para o médico educacionalista e historiador de Medicina, Kenneth Ludmerer, o *meio institucional* seria uma das dimensões indissociáveis de uma reforma curricular, sendo a outra condição intrínseca representada pelos *conceitos pedagógicos* que a fundamentam. Ludmerer referiu-se ainda a uma terceira dimensão, a do *tempo requerido* para que a formação médica possa desenvolver-se harmoniosamente (3). Tempo necessário para aprender, para ensinar, para reflectir, para treinar e, também, para antecipar a adaptação às novas realidades, sob a forma de uma indispensável actualização e revisão intermitente do (s) modelo (s) e conteúdos curriculares mais adequados nessas circunstâncias (187).

Por seu lado, a definição de um projecto curricular deve basear-se em duas premissas essenciais: *relevância* e *eficácia*. A relevância implica em que o programa é adequado à formação de médicos aptos a solucionarem problemas de saúde; a eficácia é inferida pelo cumprimento dos objectivos globais e pedagógicos, de que resulta a formação de médicos com a competência pré-estabelecida. Em qualquer dos casos é pressuposto que o programa curricular seja dinâmico e constantemente adaptado às realidades socioeconómicas, desenvolvimentos e conhecimentos (intelectuais, científicos e tecnológicos), perspectivas profissionais dos médicos e do sistema de saúde, e necessidades em cuidados de saúde de cada época e de cada país.

O modo como decorreram os primeiros anos de preparação e desenvolvimento da renovação curricular da FML foi referido em trabalhos anteriores (188,189), pelo que se justifica incluir agora somente um resumo das suas principais etapas e dos resultados das transformações conseguidas até à presente data.

Quadro I – Declaração de Edimburgo (1988)

- Alargar os programas educacionais a todos os recursos relevantes da saúde na comunidade, sem os restringir somente a hospitais;
- Assegurar que o currículo reflecte as prioridades de saúde nacionais e dispõe de recursos adequados;
- Assegurar a continuidade da aprendizagem activa durante a vida profissional, substituindo a ênfase nos métodos mais passivos em uso por uma aprendizagem mais activa, incluindo a auto-aprendizagem, estudo independente e tutelado;
- Organizar o programa curricular e o sistema de avaliação para a aquisição da competência profissional e dos valores sociais e não apenas para a retenção e memorização da informação;
- Preparar os docentes como educadores e não só como peritos em conteúdos, recompensando a excelência pedagógica com critérios idênticos aos utilizados para a investigação biomédica e prática clínica;
- Completar a formação para a assistência clínica com uma maior ênfase na promoção da saúde e prevenção da doença;
- Integrar a educação na ciência e na prática clínica, recorrendo também, como base de aprendizagem, à resolução de problemas em unidades clínicas e na comunidade;
- Seleccionar os alunos candidatos a medicina não só por critérios intelectuais e académicos mas também pela avaliação das qualidades pessoais;
- Estimular e facilitar a cooperação entre os ministérios da Saúde, da Educação, serviços de Saúde na comunidade e de outras entidades que estejam envolvidas na política de desenvolvimento, planeamento, implementação ou revisão dos programas;
- Assegurar, através da política de admissão, o equilíbrio entre o número de estudantes em formação e as necessidades nacionais em médicos;
- Assegurar oportunidades de aprendizagem, investigação e serviço com profissionais de Saúde ou afins, como parte de treino em equipa;
- Clarificar responsabilidades e reservar recursos para a educação médica contínua.

Conceitos e objectivos educacionais prioritários – As propostas que nortearam a revisão do currículo de Medicina na FML (e nas restantes escolas médicas Portuguesas) pretendiam transpor para a realidade nacional os princípios definidos em Agosto de 1988 pela Declaração de Edimburgo (23) (Quadro I). Aqueles princípios tiveram a imediata adesão e do Governo Português em Outubro do mesmo ano e o compromisso da sua implementação

nas escolas médicas nacionais, celebrados na “Iniciativa de Lisboa” (190). Cinco anos depois a “*World Summit on Medical Education*” ratificou e especificou as recomendações de Edimburgo (191). Em 1993/1994 foram apresentadas e aprovadas pelo Governo Português as recomendações (Quadro II) da CIREM relativas a um novo formato de currículo pré-graduado, enquadrado num *continuum* de formação médica que englobava os períodos de pós – graduação e de formação contínua, e as propostas do Grupo de Trabalho incumbido da formalização legal daquelas propostas (192).

Quadro II – Resumo das Recomendações da Comissão Interministerial de Revisão do Ensino Médico (1993) e Propostas do Grupo de Trabalho (1994)

Disposições Gerais

- A licenciatura em Medicina deverá ser simultaneamente profissionalizante, sendo o licenciado em Medicina um médico pluripotencial;
- Os programas de ensino devem ter em conta as prioridades nacionais para a Saúde;
- Os programas de ensino devem dar ênfase à promoção da saúde e prevenção da doença;
- Deverá ser utilizada uma metodologia activa de ensino-aprendizagem;
- A formação clínica deverá decorrer em hospitais e em unidades extra-hospitalares;
- Deverá ser valorizada a aquisição de atitudes e valores sociais;
- Deverá haver valorização da competência pedagógica dos docentes;
- Deverá ser promovida a avaliação dos programas e dos formadores;
- As escolas médicas devem criar departamentos de educação médica;
- A substituição do Internato Geral pelo período de exercício orientado e programado conduzirá a um encurtamento de 2 anos no período de formação médica inicial.

Disposições específicas

- O ensino pré-graduado deve ter a duração de seis anos;
- Os três primeiros anos do curso incluem as disciplinas básicas, pré-clínicas e uma introdução à clínica;
- Os 4.º e 5.º anos constituem o ciclo clínico;
- O 6.º ano do curso deve abranger 15 meses de exercício orientado e programado, organizado em duas fases, que se destina a substituir o Internato Geral;
- A primeira das fases do exercício programado e orientado engloba o período de estágio nas grandes áreas clínicas (11 meses), prova clínica de avaliação final e, depois, um período para estágio optativo (3 meses);
- A aprovação do período de estágio conferirá a licenciatura em Medicina, sendo a classificação final resultante da média das médias dos seis anos do curso.

Após um período de reflexão interna e de recolha de pareceres, dinamizado inicialmente pelo Conselho Científico, e depois entregue à responsabilidade de uma comissão permanente (Comissão de Revisão Curricular, CRC), foi deliberado iniciar a preparação de um novo programa de estudos, de modo que o novo formato fosse iniciado no ano lectivo de 1995/96 para o 1º ano do curso da FML.

Na ocasião também foram inventariadas as disponibilidades institucionais quanto a instalações, recursos (financeiros, humanos e funcionais) e preparação pedagógica. Dessa apreciação foi concluído não ser então viável a substituição do programa curricular tradicional, que estava a ser seguido, por um programa radicalmente diferente ainda que mais de acordo com os modelos inovadores de ensino-aprendizagem em uso em diversas universidades estrangeiras (vide Parte I – Modelos de Reforma Curricular). Por outras palavras, e de acordo com as premissas definidas por Miller-Guerra há mais de três décadas (186), não existiam condições estruturais para uma verdadeira reforma do currículo médico da FML. Em alternativa, afigurava-se possível reconfigurar um novo programa curricular no sentido da formação do *médico pluripotencial e de uma licenciatura profissionalizante*, propostas pela CIREM, a par com uma evolução reformista faseada no tempo, com redefinição das finalidades globais e educacionais da FML (Quadro III).

Quadro III – Finalidades Globais e Educacionais da FML

Institucionais

- Formar médicos competentes e preparados para as novas realidades do exercício profissional contemporâneo;
- Promover o desenvolvimento do ensino e da investigação no âmbito das ciências que fundamentam a prática profissional da Medicina;
- Disponibilizar a prestação de serviços especializados no âmbito da Saúde.

Educacionais

- Assegurar a formação pré-graduada dos profissionais médicos com competências essenciais e preparação pluripotencial adequada a subsequente especialização;
- Promover a formação médica e biomédica continuada e avançada, visando respectivamente a actualização e expansão dos conhecimentos médicos e biomédicos;
- Incentivar e colaborar em actividades de formação que contribuam para a promoção da saúde na Comunidade e para a prevenção e tratamento da doença e reabilitação do doente;
- Incentivar o reforço humanístico da prática assistencial.

A fim de se concretizar aqueles objectivos primordiais, em conjunto com outros princípios fundamentais para a formação médica actual e futura, foi desenhada uma estratégia interna para uma primeira fase de renovação curricular, que tinha em conta os constrangimentos (institucionais e extrínsecos) e as disponibilidades funcionais da FML na época (Quadro IV). Essa estratégia, além dos conceitos pedagógicos e princípios inerentes à formação médica, e dos objectivos essenciais já referidos, incluía a definição dos objectivos específicos, plano de acção, metodologia educacional a ser utilizada e recursos (humanos, estruturais e financeiros) disponíveis e a angariar para aquele empreendimento.

No seu todo, entendia-se que a renovação curricular da FML seria uma oportunidade adequada para reformular conceitos pedagógicos, metodologias de ensino, rever a pertinência dos conteúdos, introduzir a prática da pesquisa científica pelos alunos como instrumento de formação médica, desenvolver atitudes e assumir valores éticos, humanistas e profissionais, educar para uma actuação multiprofissional e com base em conhecimentos adicionais indispensáveis à gestão da actividade profissional, conferir preparação para enfrentar com competência, ética e humanismo futuras situações de complexidade e incerteza socioeconómicas, científicas e técnicas, lidar com hipóteses e a multiplicidade, antecipar carreiras profissionais, adquirir preparação e responsabilidade pela auto-formação contínua, entre outras mais-valias a serem desenvolvidas e aprendidas pelos discentes.

Foi então estabelecido que a primeira fase de renovação curricular decorreria entre 1995/96 (início do 1º ano reestruturado) e até 4 a 5 anos depois da conclusão do primeiro curso do novo currículo, isto é, cerca de 2004 a 2006, o que seria também o tempo suficiente para correcções e melhorias pontuais e para uma avaliação retrospectiva das modificações introduzidas. A FML assumia o dever de acompanhar o progresso individual dos seus alunos, de modo a que os objectivos educacionais estabelecidos fossem concretizados.

Quadro IV – Objectivos Educacionais da Renovação Curricular

- Formação médica pluripotencial em curso de licenciatura profissionalizante;
- Desenvolvimento de capacidades e motivação para a renovação e expansão continuada do Conhecimento;
- Promoção e concretização da educação pela Ciência;
- Preparação para a complexidade, para a diversidade, para a incerteza e para novas interacções socioeconómicas, de conhecimentos e profissionais;
- Aprendizagem e reforço de valores e atitudes humanistas, éticos e profissionais.

Antevia-se que durante aquele período houvesse a possibilidade de eliminar ou contornar constrangimentos, melhorar as condições funcionais, incrementar alterações educacionais pertinentes e assegurar a eficácia de um sistema pedagógico de qualidade. A favor deste andamento poderia a FML contar com a dinâmica do seu Departamento de Educação Médica (DEM), que havia sido criado em 1993. Desejava-se também que o exemplo do primeiro curso de mestrado em educação médica, planificado pelo DEM em parceria com uma estrutura equivalente da Universidade de Wales e iniciado em 1996, frutificasse em novas iniciativas que reforçassem a capacidade educacional da FML. Perspectivava-se um maior reconhecimento da actividade pedagógica dos docentes e criavam-se condições para uma maior adesão e motivação dos membros activos da instituição, em prol da modernização curricular e de uma maior qualificação profissional.

Estruturação do Curso – Uma das primeiras medidas aprovadas pela FML foi assumir a responsabilidade directa pelas alterações curriculares a efectuar, tendo por base, além das recomendações da CIREM, o disposto na directiva comunitária 93/16 (25), que estabelecia um mínimo de 5.500 horas para a formação médica pré-graduada, a serem distribuídas equilibradamente por seis anos de curso. Este período definia a duração mínima do curso pré-graduado, visando a formação de médicos com perfil pluripotencial. A obtenção de aproveitamento em todas as valências do curso conferiria a licenciatura em Medicina, após o que os recém-licenciados estariam em condições para se inscreverem na Ordem dos Médicos e a iniciarem a formação pós-graduada.

O curso de pré-graduação incluiria duas partes (Quadro V), uma representando os primeiros cinco anos de ensino-aprendizagem, organizada por assuntos em disciplinas ou áreas de ensino-aprendizagem, sendo a outra parte constituída pelo 6º ano, a decorrer como estágio clínico em valências pré-definidas. A primeira parte (I) representava, em sequência, o ciclo básico (com a duração de dois anos, essencialmente para o ensino das ciências básicas), o ciclo pré-clínico (com a duração de um ano, para as ciências laboratoriais, de diagnóstico e de introdução à clínica e ao doente) e, por fim, o ciclo clínico (que englobava os dois anos seguintes para o ensino das grandes áreas de acção clínica). A segunda parte (II) foi esquematizada para decorrer em estágio clínico integral, correspondente ao exercício clínico programado e orientado proposto pela CIREM, com a duração e nas principais valências clínicas por estas pré-estabelecidas.

Quadro V – Etapas de Formação Pré-graduada**I – Os primeiros cinco anos do curso**

- Ensino-aprendizagem teórico e prático dos fundamentos da Medicina (quer científicos quer nas grandes áreas de acção médica), desenvolvimento de capacidades e desempenhos essenciais, e de atitudes e valores com aplicação potencial a situações clínicas.

II – Estágio Clínico

- Aquisição de novas capacidades e conhecimentos pela prática clínica tutelada e auto-aprendizagem;
- Aquisição de experiência e competências pré-definidas de actuação clínica;
- Aquisição de comportamento profissional;
- Demonstração de aproveitamento em todas as valências clínicas, que confere a licenciatura em Medicina.

O período de formação pré-graduada, no seu todo possibilitaria ao aluno adquirir ou aprofundar os seus conhecimentos, aptidões, capacidade de intervenção, valores e comportamentos pertinentes e adequados à prática competente da profissão, nomeadamente em relação com aspectos de âmbito científico, técnico pessoal, social e da política e gestão dos sistemas de Saúde. Para o efeito foi estabelecido um conjunto de *objectivos gerais de aprendizagem*, relativos aos conhecimentos, desempenhos, valores e comportamentos essenciais para a formação do futuro médico (Quadro VI), no pressuposto, porém, de que atingiriam o desenvolvimento máximo com a prática clínica e durante a vida profissional activa. Estes objectivos finais seriam interpretados como exigências educacionais da pré-graduação que, pela orientação multipotencial lhes estava inerente, confeririam a vantagem adicional de possibilitar ao recém-licenciado uma escolha mais qualificada da sua futura carreira profissional.

À medida que se procedia à reorganização do programa de cada ano do curso aqueles objectivos de formação foram adaptados e expandidos, como *objectivos específicos*, ao contexto de ensino-aprendizagem de cada uma das disciplinas, disciplinas ou valências que constituíam as partes I e II de formação pré-graduada. Os objectivos globais e específicos do programa curricular aprovado (com actualizações pontuais) passaram a ser divulgados anualmente para orientação de alunos e docentes no “*Guia da Licenciatura em Medicina da FML*”.

O passo seguinte consistiu na definição do tipo de unidades de ensino-aprendizagem para a parte I do programa curricular, e respectiva escolaridade. Tomando como ponto de partida o programa curricular anterior, e conforme já mencionado, foi deliberada a manutenção da estrutura tradicional

Quadro VI – Aspectos Essenciais Abrangidos no Programa de Ensino e Aprendizagem Pré-Graduado de Conhecimentos, Desempenhos, Valores e Comportamentos

Aspectos médicos e técnicos

- Estrutura, funcionalidade e patologias do organismo humano, saúde mental e comportamento social;
- Comunicação com o doente e colheita da anamnese;
- Exame clínico elementar;
- Interpretação de resultados de observação clínica e de exames complementares de diagnóstico;
- Resolução de situações ou problemas clínicos comuns;
- Apoio e esclarecimentos a doentes e seus familiares;
- Medidas preventivas de âmbito individual ou colectivo;
- Actualização de registos e relatórios.

Aspectos científicos

- Princípios, metodologias e objectivos da investigação científica em geral;
- Importância da investigação científica para a actividade médica;
- Importância da investigação científica para a actualização e melhoria da competência profissional própria e para o progresso da ciência médica.

Aspectos pessoais

- Comunicação e relacionamento médico-doente;
- Actuação competente e fidedigna, individualmente em equipa;
- Compatibilização da actividade profissional com a privada.

Aspectos sociais

- Compreensão ética das actividades pessoais, da prática clínica, da investigação científica e das instituições;
- Identificação e solução de problemas comuns de âmbito ético e legais referentes a funções e responsabilidades pessoais, da prática clínica, da investigação científica e de actividade institucional.

Aspectos da política e da gestão do sistema de cuidados de saúde

- Estrutura, organização e funcionamento geral do sistema de cuidados de saúde no meio hospitalar e na comunidade, e seu relacionamento com o apoio social;
- Interdependência dos cuidados de saúde com a saúde pública, meio social e organizações profissionais ou cívicas;
- Relação entre a qualidade dos cuidados de saúde e o financiamento ou custos nas diversas formas de intervenção clínica, curativa e preventiva.

do curso em *disciplinas*, a que se acrescentou um novo formato, o das *áreas de ensino-aprendizagem*, constituído por conjuntos de disciplinas que evidenciassem maior afinidade de conhecimentos e práticas e que possibilitassem a coordenação e ou integração entre si para uma actuação educacional convergente. A articulação horizontal e vertical por assuntos afins foi um aspecto que mereceu particular atenção, pela influência que teve na distribuição de conteúdos e aptidões a adquirir em cada disciplina ou área e, por razões implícitas, da definição da respectiva escolaridade. Para uma melhor exactidão de procedimentos e reorganização do mapa escolar e, sobretudo, para dar aplicação à legislação que definia o total de créditos por disciplina (193), a escolaridade que era tradicionalmente referida a períodos *anual* ou *semestral*, passou a ser contabilizada em *unidades de crédito*.

Atendendo a que a sobrecarga progressiva de novos conhecimentos conduz à inoperacionalidade dos programas curriculares (83, 194), foi adoptado o conceito de “*núcleo curricular mais opções*” (Quadro VII), de modo a assegurar, um programa flexível e passível de actualizar em cada momento com conteúdos pertinentes e essenciais à formação pretendida.

O núcleo curricular do plano de estudos foi desenhado de modo englobar o conjunto obrigatório de disciplinas e áreas de ensino-aprendizagem essenciais para a aquisição de conhecimentos, competências, atitudes e valores definidos para a formação médica multipotencial. Por conseguinte, todos os alunos teriam de obter aproveitamento em todas as disciplinas e áreas curriculares, sendo a respectiva classificação final utilizada no cálculo da média final do curso de licenciatura. Aquelas unidades de ensino-aprendizagem foram ordenadas sequencialmente ao longo da parte I, das ciências básicas para as pré-clínicas e, finalmente, no ciclo clínico.

As opções curriculares foram definidas como actividades complementares diversificadas, com durabilidade transitória, sobre assuntos especializados de carácter médico ou biomédico ou sem qualquer relação com aqueles assuntos, incidindo em outros domínios do conhecimento. Deste modo, aquele tipo de temas ou aspectos mais especializados ou pormenorizados seriam disponibilizados como preparação adicional, sem com isso sobrecarregar o conteúdo nuclear do curso. Para acentuar a perspectiva dinâmica do novo currículo, que estaria aberto a novos interesses pedagógicos, científicos e culturais e poderia ser escolhido em parte pelos alunos, incentivava-se a que os temas das opções fossem propostos por docentes com experiência e ou por grupos de alunos interessados em assuntos pouco ou nada referidos no núcleo curricular obrigatório.

Foram organizados três tipos principais de opções curriculares (*cursos, disciplinas ou estágios de investigação ou de iniciação pedagógica*), com características funcionais e número de unidades de crédito próprio. Os cursos e as disciplinas seguem a metodologia tradicional de ensino, diferindo somente pela escolaridade, de 15 horas para os primeiros e 30 horas para as

Quadro VII – Caracterização de Núcleo Curricular e Opção

<i>Núcleo curricular</i>	<i>Opções</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Definição por iniciativa dos órgãos da FML; • Perfaz actualmente 91% do total de créditos do curso; • Comum e obrigatório para todos os alunos; • Assegura os conhecimentos e as competências essenciais para a prática da Medicina; • Organizado sequencialmente ao longo do curso por assuntos e complexidade crescente; • A classificação de cada uma das provas de aproveitamento entra na nota média final do curso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusão proposta por docentes ou alunos, com continuidade reavaliada bienalmente; • Totalizam 9% do total de créditos do curso; • Complemento especializado e relevante da formação pré-graduada; • Oportunidade escolhida pelo aluno para aquisição ou aprofundamento de conhecimentos, aptidões e atitudes especializados; • Organizadas como curso, disciplina ou estágio; • Número de unidades de crédito variável para cada tipo de opção; • Em geral organizadas para grupos restritos e ou seleccionados de alunos; • Decorrem em períodos reservados e pré-definidos do ano lectivo; • Obtenção obrigatória de aprovação somente qualitativa.

disciplinas. Têm como principal finalidade o aprofundamento teórico e ou teórico-prático de conhecimentos.

Os estágios de investigação referem-se a períodos de formação prolongada numa determinada unidade das ciências básicas, em que os alunos seleccionados participam, sob tutela de um docente com pós-graduação ou investigador designado, no aprendizado ou execução de determinada actividade própria do serviço de acolhimento, designadamente, como participação ou execução de um pequeno trabalho de investigação. Um dos objectivos dos estágios de investigação é o de desenvolver no aluno (pela resolução prática de um problema específico de natureza experimental ou afim, utilizando metodologia específica) capacidades de planeamento, de execução, análise, interpretação, apresentação e discussão dos resultados da pesquisa realizada. Os estágios de investigação classificam-se em *laboratoriais* (quando decorrem em unidades das ciências básicas ou pré-clínicas), *clínico-laboratoriais* (quando envolvem temas de áreas básicas ou pré-clínicas e

clínicas), *clínicos* (sobre assuntos clínicos, em qualquer dos serviços clínicos) ou na *comunidade* (sob a orientação da medicina preventiva, em unidades de saúde extra-hospitalar ou num determinado sector da comunidade).

Os estágios de iniciação pedagógica procuram incentivar os alunos especialmente motivados e inscritos em anos mais avançado a participarem como colaboradores na docência de aulas teórico-práticas disciplinas do ciclo básico ou pré-clínico.

A frequência de cada modalidade optativa escolhida pelos alunos, e para a qual foram seleccionados, requer a obtenção de aproveitamento final (por avaliação qualitativa), para cumprimento do total de créditos exigíveis do curso.

Em termos práticos, as diversas modalidades optativas foram planeadas de modo a decorrerem em *intermitência* (no caso dos cursos e disciplinas) na maioria em períodos pré-definidos antes ou depois da escolaridade do núcleo curricular), ou em *concorrência*, ou seja, a par do núcleo curricular, como para os diversos tipos de estágio (de investigação e iniciação pedagógica).

Era importante decidir quanto ao tipo de metodologia pedagógica mais adequada às alterações curriculares planificadas. Foi deliberado que o modelo de estudo-aprendizagem tenderia para ser centrado no aluno, no doente, Comunidade, na Ciência e na Saúde. O programa curricular dos primeiros cinco anos do currículo privilegiaria o aumento da escolaridade, a par com uma diminuição significativa do número de exames finais e dos respectivos períodos para preparação; adicionalmente, pretendia-se uma redução acentuada das aulas teóricas a favor das aulas interactivas centradas no aluno, organizadas em pequenos grupos de alunos ou em equipas de trabalho, pela resolução de problemas aplicados à clínica de auto-aprendizagem (Quadro VIII). Porém, sendo bem conhecidas as limitações institucionais, resolveu-se deixar ao arbítrio dos responsáveis pelo ensino a escolha dos métodos pedagógicos mais adequados às respectivas disciplinas e áreas enquanto não houvesse modificações nas condições e meios de trabalho.

Um dos aspectos que mereceu particular atenção e recebeu imediato apoio institucional foi o da instalação da rede informática pelas unidades centrais da FML, a par da criação de salas de aulas informatizadas e para a pesquisa na Internet, estando esta acessível aos alunos durante 24 horas por dia. Progressivamente, desde 1994/95, foram sendo criadas as condições requeridas para um ensino mais inovador, sob a forma de instalações (das ciências básicas, bibliotecas, anfiteatros e salas de aula) modernizadas ou novas, foi realizado importante investimento em material de estudo e todas as salas e laboratórios de aula foram reequipados com material próprio, entre instrumentos, material informático e simuladores de aprendizagem. Os benefícios conseguidos estão a ser acompanhados por uma maior interesse pelos métodos pedagógicos inovadores, com a participação e iniciativa dos responsá-

veis pelas disciplinas e áreas de ensino-aprendizagem, e natural reflexo numa maior qualidade formativa.

Quadro VIII – Principais Medidas Estruturais do Novo Currículo

- Definição do currículo em núcleo obrigatório e opções complementares diversificadas;
- Definição da escolaridade em unidades de crédito;
- Pré-definição e divulgação de objectivos e conteúdos de ensino-aprendizagem de cada actividade pedagógica do curso;
- Integração horizontal e vertical de conteúdos;
- Organização de áreas de ensino-aprendizagem, para melhor integração e coordenação de objectivos e conteúdos afins;
- Aumento da escolaridade nuclear dos primeiros cinco anos do curso (de 24 semanas no programa anterior para 26 a 30 anuais), a que acrescem mais duas semanas/ano para as disciplinas optativas intermitentes;
- Redução do número de exames finais (de 44 para 30) e do período para a respectiva preparação;
- Redução do período de férias intercalares;
- Incentivo à aprendizagem por problemas em pequenos grupos de trabalho;
- Incentivo à auto-aprendizagem por meios interactivos;
- Incentivo à educação pela ciência;
- Incentivo à participação activa em estágios de investigação e de iniciação pedagógica;
- Perspectivação clínica e na comunidade desde o 1.º ano do curso;
- Expansão do ensino clínico a outros hospitais e centros de saúde;
- Organização do ano final do curso como estágio clínico profissionalizante.

Finalmente, tornou-se premente reforçar a capacidade de intervenção prática da CRC pelo que o impacto das suas recomendações era seguido por uma comissão auxiliar permanente, a Comissão de Acompanhamento Curricular (CAC). À medida que a revisão curricular (195) progredia foram criadas ou reorganizados gabinetes de apoio administrativo e nomeadas diversas comissões transitórias para o estudo de determinados aspectos em revisão curricular (Quadro IX).

Plano de Estudos da Parte I – O programa curricular foi reconstruído a partir de um núcleo de conhecimentos, aptidões e atitudes considerados pertinentes e essenciais, com a intervenção directa dos responsáveis de cada disciplina, representantes dos alunos e da CRC, e tendo como base de trabalho a estrutura do plano de estudos anterior (que se encontrava em uso). Pretendia-se que aquele núcleo fosse definido por objectivos precisos (a constarem por escrito no “Guia de Licenciatura”) e evoluísse em complexidade, multidisciplinaridade e integração crescentes ao longo do curso (196). As

ciências básicas, pré-clínicas e clínicas deveriam justapor-se ao longo do curso, em inter-relação vertical, ainda que com predomínio distinto; deste modo, pretendia-se que as ciências básicas, embora estivessem incluídas nos dois primeiros anos, fossem revisitadas até ao último ano clínico, em integração especificada com os conteúdos e na resolução de problemas clínicos. Por outro lado, também alguns assuntos cuidadosamente seleccionados das ciências clínicas e vivências introdutórias em unidades clínicas deveriam fazer parte do plano de estudos desde o início do curso, por duas razões principais: primeiro, para a motivação dos alunos seja reforçada desde o princípio do curso e, em segundo, para que a aprendizagem clínica (e depois a sua actualização e expansão ao longo da vida) nunca se dissocie dos seus fundamentos essenciais.

**Quadro IX – Cronologia das Medidas Específicas de Apoio
ao Desenvolvimento e Gestão do Novo Currículo
de Licenciatura em Medicina da FML**

Comissões e Grupos de Trabalho

1992 e anos seguintes:

Comissão de Revisão Curricular;

1995 – 2001:

Comissão de Acompanhamento Curricular;

1997:

Grupo de Trabalho sobre Centros de Saúde com Actividad Pedagógico-Científica;

1997 e 1998:

Comissão de Reflexão sobre os Objectivos, Desempenhos e Atitudes Curriculares (CRODAC);

1998:

Comissão de Reflexão sobre o Ensino Clínico;

Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Estruturada dos Objectivos Clínicos;

Grupo de Trabalho da Avaliação Clínica;

Grupo de trabalho sobre as Opções do Ensino Clínico;

Grupo de Trabalho sobre a Gestão do Programa Curricular;

2000 e anos seguintes:

Direcção e Orgânica dos Estudos da Pré-Graduação (Comissão Coordenadora Pedagógica, Conselhos de Ano, Professor Coordenador).

(continua)

Formação de Docentes

1995-1997:

I Curso de Mestrado em Educação Médica;

1997:

Acções de formação pedagógica e em telemática dos docentes interessados (e em anos seguintes).

Funcionalidade

1998 e anos seguintes:

Celebração de protocolos de colaboração pedagógico-científicas com unidades hospitalares, centros de saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e Ilhas, outras Faculdades da Universidade Lisboa e com Universidades estrangeiras;

1999/2001:

Elaboração do “Programa de Desenvolvimento Estratégico da FML” depois reformulado para efeito da celebração do “Contrato de Desenvolvimento do Ensino da Medicina na Universidade de Lisboa”, destinado a financiar o reequipamento do novo edifício, construção de outros dois edifícios, e recuperação e reformulação de salas de aulas clínicas.

Instalações e Estruturas de Apoio

1993:

Criação do Departamento de Educação Médica;

1995:

Lançamento da “primeira pedra” do novo edifício para as Ciências Fisiológicas (posteriormente designado Edifício Egas Moniz);
Início da recuperação e beneficiação de instalações destinadas a actividades de ensino-aprendizagem;

1996:

Activação do Gabinete de Planeamento, Avaliação e Desenvolvimento;
Instalação da primeira sala de telemática, depois Unidade de Telemedicina (1998) e início da instalação da rede informática a todas as unidades de ensino básico e pré-clínico;
Expansão e modernização da Biblioteca Central (BC), com a instalação das duas primeiras salas de auto-aprendizagem informatizadas;

1997:

Criação do Pólo da BC para as Ciências Morfológicas;
Instalação das primeiras salas de aula (e criação do Laboratório de Práticas de Anestesiologia e Cirurgia) para aprendizagem com modelos artificiais e simuladores do ciclo clínico;

(continua)

1998:

Instalação de salas de aula da disciplina de Introdução à Clínica para aprendizagem com modelos artificiais e simuladores no ciclo pré-clínico;

1999:

Criação do Gabinete de Gestão Curricular, para dinamização dos procedimentos e articulação inter-institucional do programa curricular;

1999/2000:

Construção e activação da Sala de Estudos e Auto-aprendizagem;

2000:

Criação do Gabinete de Cooperação Internacional, para dinamização dos procedimentos e expansão dos programas de mobilidade estudantil com universidades estrangeiras acreditadas anteriormente dinamizados pelo DEM.

O ciclo básico foi constituído pelas disciplinas tradicionais (Anatomias, Bioquímicas, Biologia/Histologia e Fisiologias), repartidas pelos dois anos ainda que com escolaridades relativas assimétricas. Foram organizadas duas áreas de ensino-aprendizagem de ensino coordenado inovador (Medicina Preventiva I – Bioestatística e Introdução à Medicina) no 1^o ano e incluída uma outra disciplina (Psicologia) no 2^o ano. A Neuroanatomia, localizada no 2^o ano funciona com alguns conteúdos parcialmente integrados com os das restantes disciplinas do 2^o ano, em particular a Fisiologia (Quadro X). Cada disciplina teria avaliação autónoma, sendo a da Introdução à Medicina uma avaliação qualitativa global, embora com exigência de aproveitamento em todos os módulos constituintes.

O 1.^o ano do novo programa foi iniciado no ano lectivo de 1995/96, sendo o 2.^o ano em 1996/97.

O programa do ciclo pré-clínico foi organizado para uma transição educacional orientada para generalidades sobre a doença e o doente. Nesse sentido, o período lectivo inclui um semestre com disciplinas tradicionais (Anatomia Patológica, Farmacologia, Microbiologia, Mecanismos de Doença, Imunologia, Genética e Medicina Preventiva II) e um segundo semestre com duas áreas inovadoras de ensino-aprendizagem integrado (Introdução à Clínica e Patologia). Esta última área resulta da convergência de conteúdos de todas as disciplinas do 1^o semestre, organizados por órgãos, sistemas e patologias mais comuns. A Introdução à Medicina inclui a iniciação semiológica em doentes (em grupos de três alunos com um tutor clínico, uma vez por semana, ao longo do ano), em modelos simulados de aprendizagem, e durante curtos períodos de vivência clínica tutelada (Quadro XI). Este último período, com duas semanas de duração, decorreu em enfermarias hospitalares sob acompanhamento dos respectivos clínicos.

Quadro X – Núcleo Curricular Obrigatório do Ciclo Básico (2001/2002)

Disciplinas e Áreas de Ensino-Aprendizagem	Unidades de Crédito	Distribuição no Ano
<u>1º Ano</u>		
Anatomia Normal	8,0	1º e 2º semestres
Biologia Molecular da Célula	4,5	2º semestre
Bioquímica Celular	4,5	1º semestre
Fisiologia I	4,0	2º semestre
Medicina Preventiva I e Bioestatística (*) (**)	3,5	1º e 2º semestres
Introdução à Medicina (*)	3,0	1º e 2º semestres
Sub-total	27,5	
<u>2º Ano</u>		
Bioquímica Fisiológica	7,0	1º e 2º semestres
Fisiologia II	7,0	1º e 2º semestres
Histologia e Embriologia	8,0	1º e 2º semestres
Neuroanatomia	4,0	2º semestre
Psicologia	1,0	1º semestre
Sub-total	27,0	
(*) Área de ensino-aprendizagem (**) Somente para efeitos de equivalência inter-institucional, cada uma das disciplinas constituintes da área é entendida como disciplina independente e creditada com o valor total em unidades de crédito atribuídas à área		

Quadro XI – Núcleo Curricular Obrigatório do Ciclo Pré-Clínico (2001/2002)

Disciplinas e Áreas de Ensino-Aprendizagem	Unidades de Crédito	Distribuição no Ano
<u>3º Ano</u>		
Anatomia Patológica (**)	2,0	1º semestre
Farmacologia (**)	3,0	1º semestre
Microbiologia (**)	3,0	1º semestre
Mecanismos de Doença (**)	1,5	1º semestre
Imunologia (**)	3,0	1º semestre
Genética (**)	2,0	1º semestre
Medicina Preventiva II (**)	1,5	1º semestre
Patologia (*)	10,0	2º semestre
Introdução à Clínica (*)	9,0	1º e 2º semestres
Sub-total	35,0	
(*) Área de ensino-aprendizagem (**) Somente para efeitos de equivalência inter-institucional, às unidades de crédito referidas a cada disciplina acresce a totalidade atribuída à área de Patologia		

Para cada uma das áreas foi previsto um exame único, enquanto as disciplinas do 1º semestre tinham avaliação própria. O novo programa do 3.º ano foi iniciado no ano lectivo de 1997/98.

Os 4º e 5º anos do ciclo clínico foram organizados com sete áreas de ensino aprendizagem integrado e ou coordenado (Medicina, Cirurgia, Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia, Neurociências Clínicas, Medicina Geral e Comunitária e Psiquiatria Saúde Mental). O ensino de Neurociências Clínicas restringe-se ao 4º ano (inclui as disciplinas de Oftalmologia e Neurologia), enquanto o de Ginecologia-Obstetrícia e o de Medicina Geral e Comunitário pertencem ao 5º ano (Quadro XII).

Quadro XII – Núcleo Curricular Obrigatório do 4º e 5º Anos do Ciclo Clínico (2001/2002)

Disciplinas e Áreas de Ensino-Aprendizagem	Unidades de Crédito	Distribuição no Ano
<u>4º Ano</u>		
Medicina I (*)	16,0	Blocos rotativos
Cirurgia I (*)	8,0	
Pediatria I	3,0	
Psiquiatria I e Saúde Mental	3,0	
Neurociências Clínicas (*) (**)	5,0	
Sub-total	35,0	
<u>5º Ano</u>		
Medicina II (*)	13,0	Blocos rotativos
Cirurgia II (*)	7,5	
Ginecologia e Obstetrícia	4,0	
Pediatria II	8,0	
Psiquiatria II e Saúde Mental	3,5	
Clínica Geral	3,5	
Sub-total	39,5	
(*) Área de ensino-aprendizagem		
(**) Somente para efeitos de equivalência inter-institucional, cada uma das disciplinas constituintes da área é entendida como disciplina independente e creditada com o valor total em unidades de crédito atribuídas à área		

As restantes áreas são leccionadas nos dois anos, cada uma subdividida em parte I (4º ano) e II (5º ano). A cada uma das grandes áreas foi associada (como complemento pedagógico não autónomo) a aprendizagem de aspectos essenciais de algumas especialidades médico-cirúrgicas ou de outras maté-

rias relevantes para a formação médica pluripotencial. Nesta perspectiva, estão distribuídos pelo ensino da área de Medicina conteúdos essenciais de Anatomia Patológica Especial, Cardiologia, Dermatologia, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Endocrinologia, Gastrenterologia, Geriatria, Pneumologia, Hematologia, Imuno-Alergologia, Imagiologia, Medicina Legal, Nefrologia, Patologia Clínica, Reumatologia e Terapêutica Geral. Na área de Cirurgia estão incluídos conteúdos essenciais de Anatomia Patológica Especial, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia.

Para incentivo da integração de programas e conteúdos dos e 5^o anos exigia-se também que a avaliação final de conhecimentos decorresse numa prova única por área, nas duas épocas de cada ano. Esta convergência de avaliação foi particularmente importante para a limitação do número de exames e dos períodos intercalares respectivos.

O novo programa do 4.^o ano começou no ano lectivo de 1998/99, sendo o do 5.^o ano iniciado em 1999/2000.

Inicialmente, enquanto a revisão curricular abrangeu os três primeiros anos do curso, os alunos podiam frequentar as escassas opções então disponibilizadas no programa desde o 1.^o ano. Porém foi possível aumentar a quantidade e diversidade de opções disponíveis para a parte I do novo programa, à medida que a revisão curricular avançava ao longo dos anos do curso. Verificou-se ser pedagogicamente preferível não incluir opções no 1.^o ano, pelo que o núcleo curricular optativo da parte I está actualmente distribuído do 2.^o ao 5.^o ano do curso (Quadro XIII).

Regularmente, no momento da inscrição para cada novo ano lectivo e com base num inquérito escrito com resposta anónima, procedeu-se à recolha de opiniões e sugestões sobre o currículo, aos alunos inscritos bem como aos docentes que haviam participado no ano lectivo anterior. As respostas recebidas contribuíram para alguns acertos pontuais do programa curricular em anos subsequentes. Esta auto-avaliação foi completada por visitas de avaliação externa, em que o programa curricular constituiu uma parte dos assuntos analisados, com base na documentação que lhes foi facultada para apreciação pelos responsáveis da FML, pela observação directa das instalações e condições de trabalho educacional, e pelas opiniões de grupos seleccionados de alunos e docentes.

O regulamento do novo programa curricular, proposto pela FML, foi aprovado pela Reitoria da Universidade de Lisboa em 2001 e depois em 2002 (com alterações), na sequência de aprovações parciais para cada uma das sucessivas fases (195).

Plano de Estudos da Parte II (Estágio Clínico) – A inclusão de um período destinado à aprendizagem clínica (intensa, prolongada e em condições idênticas às da prática clínica pós-licenciatura) no programa de forma-

Quadro XIII – Núcleo Curricular Optativo do Curso de Licenciatura em Medicina (2001/2002)

Disciplinas			
Antropologia Médica	1	2 ^o e 3 ^o	
Filosofia do Conhecimento	1	2 ^o e 3 ^o	
História da Medicina	1	2 ^o e 3 ^o	
Informática	1	2 ^o e 3 ^o	
Língua Francesa	1	2 ^o e 3 ^o	
Língua Inglesa	1	2 ^o e 3 ^o	
Anestesiologia e Reanimação	1	4 ^o e 5 ^o	Cirurgia I e Medicina I
Cardiologia	1	4 ^o e 5 ^o	
Cirurgia Cardiorácica	1	4 ^o e 5 ^o	Medicina I
Cirurgia Plástica	1	4 ^o e 5 ^o	
Endocrinologia	1	4 ^o e 5 ^o	
Epidemiologia Clínica	1	4 ^o e 5 ^o	
Gastrenterologia	1	4 ^o e 5 ^o	
Estágios de Investigação			
Genética Clínica	1	4 ^o e 5 ^o	Cirurgia I e Medicina I
Hemato-Oncologia	1	4 ^o e 5 ^o	
Imuno-Alergologia	1	4 ^o e 5 ^o	
Medicina Física e Reabilitação	1	4 ^o e 5 ^o	Cirurgia I, Medicina I e Neurociências Clínicas
Medicina Tropical	1	4 ^o e 5 ^o	
Nefrologia	1	4 ^o e 5 ^o	
Neurocirurgia	1	4 ^o e 5 ^o	Neurociências Clínicas
Nutrição	1	4 ^o e 5 ^o	
Reumatologia	1	4 ^o e 5 ^o	
Estágios de Iniciação Pedagógica	1 (30) / 2 (60)	4 ^o ao 5 ^o	
Cursos Livres Teórico-Práticos			
Drogas e Toxicodependência	0,5	2 ^o e 3 ^o	
Medicina do Exercício Físico	0,5	2 ^o e 3 ^o	Bioquímica Fisiológica e Fisiologia II
Raízes Gregas e Latinas da Medicina e Farmacopeias Portuguesas I e II	0,5 (cada)	2 ^o e 3 ^o	
Saúde Ambiental I e II	0,5 (cada)	2 ^o e 3 ^o	Medicina Preventiva I e Bioestatística
Andrologia Clínica	0,5	4 ^o e 5 ^o	
Cuidados Terminais	0,5	4 ^o e 5 ^o	
Diabetologia	0,5	4 ^o e 5 ^o	
Ecocardiografia Básica	0,5	4 ^o e 5 ^o	

(continuação)

Electrocardiografia Básica I e II	0,5 (cada)	4 ^o e 5 ^o	
Geriatrica	2	4 ^o e 5 ^o	
Medicina Baseada na Evidência	0,5	4 ^o e 5 ^o	
Medicina da Adolescência	0,5	4 ^o e 5 ^o	
Políticas e Gestão da Saúde	0,5	4 ^o e 5 ^o	Medicina Preventiva II
Saúde Escolar	0,5	4 ^o e 5 ^o	
Sexologia	0,5	4 ^o e 5 ^o	
Telemedicina Clínica	0,5	4 ^o e 5 ^o	
Cursos Livres Experimentais			
Bioquímica Experimental	2	2 ^o e 3 ^o	Bioquímica Celular
Neurociências Básicas	3	2 ^o e 3 ^o	2.º Ano Completo
Cirurgia Experimental	2	4 ^o e 5 ^o	
Estágios Clínicos			
Anestesiologia	2,5	6 ^o	
Angiologia e/ou Cirurgia Vascular	2,5	6 ^o	
Cardiologia	2,5	6 ^o	
Cirurgia Cardiorácica	2,5	6 ^o	
Cirurgia Plástica	2,5	6 ^o	
Endocrinologia	2,5	6 ^o	
Fisiatria e Reabilitação	2,5	6 ^o	
Gastroenterologia	2,5	6 ^o	
Imuno-Alergologia	2,5	6 ^o	
Infecciologia	2,5	6 ^o	
Medicina Legal	2,5	6 ^o	
Nefrologia	2,5	6 ^o	
Neurocirurgia	2,5	6 ^o	
Neurologia	2,5	6 ^o	
Neurorradiologia	2,5	6 ^o	
Oftalmologia	2,5	6 ^o	
Oncologia Médica	2,5	6 ^o	
Ortopedia	2,5	6 ^o	
Otorrinolaringologia	2,5	6 ^o	
Patologia Clínica	2,5	6 ^o	
Pneumologia	2,5	6 ^o	
Radiologia	2,5	6 ^o	
Reumatologia	2,5	6 ^o	
Urologia	2,5	6 ^o	
Estágios de Investigação	2,5	6 ^o	

Nota:
 (*) As actividades optativas são propostas por períodos de dois anos, com cessação, substituição e/ou renovação em período subsequente consoante o resultado da avaliação quanto a pertinência demonstrada e actualização

ção médica pós-graduada é uma medida de elementar bom senso. Independentemente de outras vantagens potenciais, aquele período de formação prática (como estágio clínico) assegura que a licença para exercício profissional da Medicina seja conferida aos alunos que demonstrarem, previamente, as

qualificações e competências pré-estabelecidas pelas escolas médicas e certificadas pelo organismo regulador da profissão.

Na verdade, o período de estágio clínico deverá constituir uma preparação para toda a vida profissional e não apenas para o período imediato à pós-graduação. Em lugar de um programa de aprendizagem factual intensiva com aplicação prática reduzida, sem responsabilidades atribuídas a não ser a de aproveitamento final, com sucedera n durante os cinco anos anteriores da parte I do curso, o estagiário transita para um regime de formação inteiramente distinto. Nesse período, o aluno estagiário terá de adquirir competências clínicas adequadas para uma actuação profissional responsável que corresponda ao seu nível de formação. Para tal, o período de estágio terá de propiciar a aquisição de capacidades e competências clínicas, experiência e comportamentos próprios aos do exercício da profissão.

No estágio clínico os horários de cada estagiário dependem das contingências do serviço a prestar e do trabalho do seu orientador, a avaliação incide sobre cada parte da actuação que lhe é requerida, a aprendizagem decorre a par com a aplicação prática dos conhecimentos teóricos, que possui e que terá de aprofundar em cada momento ou posteriormente, através dos quais irá adquirindo as competências que lhe são exigidas.

Além da aprendizagem pelo exercício clínico, o período de estágio possibilitará que o aluno reforce ou desenvolva hábitos de auto-aprendizagem, com recurso aos diversos meios ao dispor e, ainda, pela observação e ensinamentos recolhidos dos médicos e outros e outros profissionais da equipa e pela participação em reuniões e palestras de serviço e num sem número de outras oportunidades que constituem o “currículo escondido” da formação médica. Nessa rotina aprenderá a ser responsável pelo que faz e a partilhar responsabilidades em equipa de trabalho, em contextos reais de actuação médica. Por fim, terá de aprender a relacionar-se com os doentes e seus familiares, com os colegas e outros membros da equipa em que está inserido, e a saber lidar com situações de empatia, frustração, hostilidade, conflito e luto.

Porém, para atingir os referidos desideratos, será necessário, indispensável, que o estagiário seja supervisionado por um orientador interessado, competente e acessível, a ser-lhe designado em cada área da sua formação. Adicionalmente, para que a aprendizagem seja concretizada de acordo com os objectivos estabelecidos, o estagiário deverá encontrar um bom ambiente de trabalho nos serviços clínicos em que for colocado, em que lhe sejam facultadas oportunidades de integração efectiva, onde aprenda e pratique dentro de períodos reservados e sob orientação exigente. A aprendizagem do estagiário beneficia substancialmente do aumento progressivo da experiência adquirida e pelo efeito das responsabilidades crescentes que o seu tutor lhe conferir. É fundamental, para o processo de formação individual, que cada estagiário proceda à auto-avaliação regular dos seus progressos e dificulda-

des (a registar na caderneta pessoal), seja avaliado (e possa argumentar a classificação atribuída) pelo seu orientador quanto à competência adquirida, e disponha do direito de avaliar a eficácia em que decorreu a sua aprendizagem em cada uma das unidades clínicas em que estagiou. Reciprocamente, os tutores e outros responsáveis educacionais do estágio devem contribuir para a avaliação global do sistema, sendo de esperar que alunos e orientadores apresentem sugestões para a respectiva melhoria e ou correcção.

Das diversas comissões e grupos de trabalho designados para participarem no planeamento do 6º ano em prática clínica (196), merece destaque a “Comissão de Reflexão sobre os Objectivos, Desempenhos e Atitudes Curriculares”, (CRODAC), pela acção desenvolvida enquanto em actividade, de 1997 a 1998. As propostas elaboradas pela CRODAC tiveram a indispensável colaboração dos docentes coordenadores de cada área clínica (197). Os propósitos definidos foram, em parte, influenciados pelas recomendações estabelecidas para as escolas médicas holandesas pelo “*Blueprint 1994*” (26), e pelo projecto do GMC (135), organismo tutelar da profissão médica inglesa, para a formação de “*pre-registration house officer*”, no período correspondente ao 6º ano em estágio clínico. De acordo com aqueles formatos, o estágio clínico da FML visa a obtenção de objectivos globais e de resultados finais de formação, exigíveis a um médico pluripotencial. Esses objectivos são discriminados para cada uma das valências obrigatórias, bem como para as optativas, segundo as respectivas especificidades.

Na realidade não foi a primeira vez que o curso de Medicina das escolas médicas Portuguesas incluiu ou foi concluído com um ano em estágio clínico ou com um período de prática clínica adicional (198). Assim aconteceu, sob diversos formatos, nas reformas de 1911, 1930 e 1948, sendo extinto na de 1969 e novamente recuperado a partir de 2000/01 (Quadro XIV).

Quadro XIV – Historial da Formação Clínica Complementar ou no Último Ano do Curso de Medicina em Portugal

• 1911	Curso de 5 anos. Um ano adicional para treino prático complementar;
• 1918	Curso de 5 anos, concluído com Exame de Estado;
• 1930	Curso de 6 anos. Estágio hospitalar facultativo; na FML estavam previstos estágios em Medicina e Cirurgia, de 4 meses cada, a serem realizados entre o 4º e o 6º anos (1931);
• 1948	Curso de 6 anos. Estágio clínico de dez meses adicionais, a efectivar em Medicina, Cirurgia, Obstetrícia e Pediatria;
• 1969	Extinção do estágio clínico (e da teses de licenciatura). O grau de licenciatura era conferido após a conclusão do 1º ano do Internato Geral;
• 2000-2001	Curso com 6 anos, em que o 6º é de estágio clínico profissionalizante, sendo a licenciatura concedida após a sua conclusão com aproveitamento.

O formato aprovado pela FML, de acordo com as propostas da CIREM (192), estabeleceu a obrigatoriedade de um estágio clínico com a duração mínima de 48 semanas, a decorrer em serviços e consultas hospitalares e centros de saúde associados (das regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve e serviços de saúde das Regiões Autónomas da Madeira e Açores), mediante acordo protocolar prévio com as respectivas administrações (Quadro XV).

O período previsto para o estágio clínico previu dois componentes, um representado por 44 semanas para aprendizagem (por rotação durante períodos pré-estipulados) em áreas e subáreas clínicas obrigatórias, sendo o outro constituído por 4 semanas (em fracções de duas) para actividades de formação optativa.

Antecipadamente cada aluno escolhe, a partir de calendários pré-definidos, os locais de estágio disponíveis em cada ano e a sequência (rotação) em que pretende realizá-los, sendo obrigatório que cada uma das valências decorra em unidades clínicas diferentes (com a excepção dos estágios escolhidos para serviços do hospital escolar, em são permitidos no máximo dois).

Houve um particular cuidado da escolha das unidades clínicas onde decorreriam os estágios. A escolha dos serviços hospitalares baseou-se fundamentalmente em dois critérios: (a) critérios de qualidade estabelecidos pela Ordem dos Médicos e respectivos Colégios de Especialidade e (b) proximidade relativa da FML, de preferência em Lisboa.

Os centros de saúde foram seleccionados também pelos seguintes critérios: (a) qualidade reconhecida; b) A equipa médica do centro deveria incluir pelo menos um consultor com capacidade formativa e interesse em participar nas funções educacionais como orientador de estágio; (c) a direcção do centro e os orientadores de estágio deveriam garantir que o estagiário não seria sobrecarregado com excesso de responsabilidades clínicas, em particular as que se revelassem inadequadas aos objectivos educacionais ou que colidissem com os interesses e segurança dos doentes.

Por princípio, pretendia-se que a maior parte dos estágios em Medicina Geral e Familiar decorressem na periferia, isto é, em unidades fora da região de Lisboa o que, na prática (por razões logísticas e por algum falta de adesão de uma parte dos estagiários), se revelou impossível de concretizar senão para uma fracção menor. De facto, para que o estágio nos centros de saúde do Alentejo, Algarve e Regiões Autónomas fosse aprovado pela FML exigia-se que estivesse localizado em região acessível a deslocações indispensáveis e próximo de instalações que assegurassem o alojamento, as refeições e condições de estudo; preferencialmente, aqueles tipos de apoio deveriam ser propiciados por colaboração da autarquia em que se localizasse o centro de saúde, o que nem sempre se revelou possível.

Quaro XV – Objectivos e Características do Estágio Clínico Profissionalizante

1. O 6º ano conclui o curso de licenciatura em Medicina, decorrendo sob a responsabilidade directa da Universidade;
 2. O 6º ano do curso possibilita o exercício programado e orientado de medicina, a desenvolver sob formato de estágios clínicos em 6 áreas médico-cirúrgicas;
 3. Neste período, o estagiário aprofunda pela prática diária a aprendizagem como médico sob a tutela de clínicos experientes, um designado por cada área, que lhe deverão possibilitar:
 - A aplicação de conhecimentos e a execução de desempenhos essenciais aprendidos durante o curso
 - A aprendizagem de novos conhecimentos, de desempenhos clínicos e das obrigações deontológicas e atitudes éticas da profissão
 - A aquisição crescente de responsabilidades em cuidados de Saúde
 - A aquisição (demonstrada) de confiança para aceitar e desempenhar funções inerentes a um médico
 4. No fim, o estagiário deve ter e evidenciar preparação e comportamentos clínicos requeridos para lhe ser conferida a licenciatura em Medicina;
- A licenciatura possibilita a inscrição na Ordem dos Médicos.

Foram definidas as seguintes áreas de formação obrigatória em hospitais afiliados ao ensino clínico da FML: Medicina, Cirurgia, Saúde Materna e Infantil (Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria); a Saúde Mental decorre em hospitais e centros de saúde, enquanto a Medicina Geral, Comunitária e Saúde Pública é efectuada em um dos centros de saúde participantes. A cada valência corresponde um determinado período de formação e avaliação qualitativa própria (Quadro XVI).

Os estágios optativos podem ser realizados em serviços de especialidade clínicas e, ainda, em unidade de investigação da FML ou externas, sendo requerido aproveitamento qualitativo em cada.

Às 48 semanas de estágio obrigatório e optativo acrescem 4 semanas para férias e mais 4 para preparação e realização do exame clínico final (voluntário), o que perfaz um total máximo de 56 semanas.

Estava previsto que o exame clínico final fosse obrigatório e estruturado por objectivos para todos os alunos, pelo modelo OSLE⁵ (199), o que não veio a suceder por motivos alheios à FML. A modificação de planos obrigou a uma alteração pontual (no regulamento específico para o estágio clínico) no cálculo dos critérios da classificação final de curso (200). Nesta condição o exame final passou a optativo, desde que o estagiário tivesse a frequência

⁵ Acrónimo de **O**bjective **S**tructured **L**ong **E**xamination **R**ecord.

estabelecida e aproveitamento em todas as áreas de formação clínica programada. Os alunos poderiam escolher entre realizar uma prova clínica da valência de Medicina (incluindo a observação clínica de um doente e a elaboração de um relatório sobre os elementos colhidos e propostas de diagnóstico, terapêutica e prognóstico), a ser apreciada na presença de um júri, ou não realizarem qualquer prova e, neste caso, a sujeitarem-se a uma desvalorização relativa da nota média do estágio, obtida em formação contínua.

**Quadro XVI – Núcleo Curricular Obrigatório do 6.º Ano
em Estágio Clínico Profissionalizante (2001/2002)**

Valências do Estágio Obrigatório	Blocos Rotativos (duração)
Medicina	16 Semanas
Cirurgia	8 Semanas
Saúde Materna e Infantil	
• Pediatria	8 Semanas
• Ginecologia e Obstetrícia	4 Semanas
Medicina Geral e Comunitária, Saúde Pública e Saúde Mental	
• Medicina Geral e Comunitária	6 Semanas
• Saúde Mental	2 Semanas
<u>Duração</u>	44 Semanas
<p>^(*) O estágio clínico completo tem a duração de 48 semanas, das quais 44 são valências obrigatórias para todos os alunos e 4 são estágios optativos à escolha de cada aluno.</p>	

O programa original estabelecido para o estágio clínico incluía cinco sessões formativas complementares sobre aspectos de âmbito ético, socioeconómico, teleinformação, política e gestão dos cuidados de saúde. Lamentavelmente, aquelas sessões, reservadas para cinco períodos de tarde em sequência, foram suspensas desde o primeiro dos cursos com estágio (2000/2001) por falta de adesão dos respectivos alunos, não voltando a ser, por enquanto, retomadas sob um formato mais apelativo.

Houve o cuidado de assegurar antecipadamente um número de vagas de estágio (designados por *postos*) em cada hospital ou centro de saúde participante, superior ao número de alunos estagiários. Como princípio essencial, o número de vagas/postos de estágio é determinado pelo total de orientadores de estágio qualificados previamente identificados pelos responsáveis de cada unidade. Deste modo, cada aluno tem o seu próprio orientador (ratio de 1/1), nomeado pelo respectivo director ou representante pedagógico. Pretende-se que o orientador de estágio seja um excelente modelo de formação pelo qual o

aluno aprende a ser médico através dos ensinamentos práticos e deontológicos que aquele lhe transmite sobre a profissão, em interacção diária e permanente.

Os postos são disponibilizados anualmente por cada unidade de saúde mediante solicitação da FML, pelo que, à medida que aumenta o total de alunos previsto, deverá esta instituição identificar com bastante antecipação novos serviços e centro de saúde qualificados, disponíveis e interessados em colaborar no projecto em cada período, quer para as valências obrigatórias quer para as optativas.

No ano lectivo de 2001/02, colaboraram com a FML, disponibilizando vagas para estágio clínico em valências pré-definidas, 10 hospitais e 45 centros de saúde.

As vagas são ocupadas rotativamente, em cada período definido, por grupos sucessivos de alunos estagiários, ainda que o seu número possa variar ao longo do ano, dependendo das actividades assistenciais e de outros compromissos das unidades de acolhimento. Naquele ano, em que estiveram inscritos 110 alunos da FML, foram designados 417 orientadores de estágio pelo conjunto das unidades de acolhimento.

Por princípio funcional, cada aluno deve acompanhar, em exclusividade, as actividades clínicas do seu orientador durante o período de serviço assistencial de enfermaria, consultas e urgências hospitalares ou nas actividades definidas para os centros de saúde, num total mínimo de 36 horas semanais.

Os alunos dispõem de uma *caderneta (ou dossier) de estágio*, individual, para orientação e acompanhamento de cada valência e respectiva sequenciação. A caderneta explicita informações sobre a estrutura e os objectivos gerais e específicos (resultados finais) do estágio clínico (Quadro XVII), direitos e deveres do aluno, inclui uma agenda (a preencher pelo próprio, para marcação das três reuniões de trabalho obrigatórias com o respectivo orientador, e anotação dos assuntos debatidos e recomendações), critérios de aproveitamento exigível, uma lista de atitudes (gerais), de conhecimentos e procedimentos específicos de cada área e nível de exigência requerido (a ser demonstrada pelo aluno e comprovado pelo seu orientador) (Quadros XVII e XVIII), junto com a auto-avaliação que o aluno é aconselhado a fazer de cada estágio parcelar cumprido

O estágio clínico é regido por um regulamento próprio (199, 200), sendo a sua dinâmica supervisionada por uma comissão coordenadora dirigida pelo subdirector da FML e constituída por um professor representante de cada valência, pelos coordenadores do GGC (responsável pelos mecanismos processuais) e pelo coordenador do núcleo curricular optativo. Por norma regulamentar, cabe a cada coordenador das valências de estágio assegurar a intercomunicação com os directores e orientadores de estágio dos serviços clínicos de acolhimento. Do mesmo modo que a parte I do currículo, também o estágio clínico tem sido auto-avaliado anualmente, desde a sua activação.

Quadro XVII – Objectivos Gerais do Estágio Clínico

- Reconhecer o processo biológico normal e interpretar as suas alterações na doença;
- Recolher, registar, interpretar e comunicar a informação clínica necessária a uma actualização eficaz na resolução e gestão dos problemas de saúde;
- Praticar os procedimentos comuns relacionados com o exame médico, com a actuação preventiva, diagnóstica, terapêutica, de vigilância e reabilitação, bem como os inerentes à relação médico-doente e à gestão da prática médica;
- Cuidar os doentes e das suas famílias, lidando com a suas ansiedades e transmitindo-lhes, em termos compreensíveis, os aspectos relacionados com a prevenção das doenças, as suas formas de manifestação, bem como o seu tratamento, evolução e eventuais complicações;
- Relacionar o meio ambiente e os factores psicológicos e sociais com os estados de saúde e de doença e, em conformidade, utilizar adequadamente os recursos disponíveis nos serviços de saúde, de assistência social e de apoio na comunidade;
- Estar familiarizado com o método científico, aplicando os seus princípios no exercício das suas funções e na interpretação e avaliação da informação científica disponível;
- Gerir e realizar a auto-formação e avaliação, visando o permanente aperfeiçoamento das suas competências, nomeadamente as relacionadas com o processo de actualização e de execução de novos desempenhos, determinados pelas necessidades de saúde individuais e da Comunidade, bem como pelos avanços da Ciência;
- Estabelecer boas relações de trabalho com os colegas e com os outros profissionais de saúde, respeitando as regras de trabalho em equipa;
- Cumprir os princípios éticos normativos e legais aplicáveis ao exercício da profissão médica;
- Beneficiar do saber e da experiência obtidos quando tiverem de optar por um área de diferenciação a atingir com formação complementar específica.

Quadro XVIII – Nível de Conhecimentos, Capacidades e Desempenhos Exigidos e a Demonstrar pelo Aluno

Nível 1	Ter conhecimento teórico
Nível 2	Ter conhecimento teórico e ter observado a demonstração, ou ter executado uma vez
Nível 3	Ter conhecimento técnico e experiência para execução repetida

Exemplo: Tuberculose pulmonar

Nível exigido a médico recém-licenciado: 2b

Capacidades exigidas: conhecer o quadro clínico e saber diagnosticar

Em função dos dados da observação clínica e laboratorial. Não é requerida competência para estabelecer a terapêutica requerida nem para executar os exames de diagnóstico específicos

Como exemplo são seguidamente resumidas as opiniões recolhidas a um grupo de alunos estagiários, aos seus orientadores e a outros médicos responsáveis pelo apoio à aprendizagem clínica que efectivaram num serviço de Medicina de determinado hospital da região de Lisboa. Quer os alunos quer os orientadores manifestaram níveis elevados de satisfação, ainda que um pouco mais acentuados nos primeiros. Quanto aos factores que contribuíram para aqueles níveis de satisfação, os alunos manifestaram-se particularmente agradados com as oportunidades de auto-aprendizagem, integração de saberes, utilidade da caderneta de estágio e ambiente do local de estágio, a dinâmica de relações criadas foi o aspecto menos apreciado). Na perspectiva dos orientadores do mesmo serviço, o apoio de coordenação pedagógica da FML, o apoio do serviço às funções de tutor e as condições logísticas disponibilizadas ficaram aquém do necessário. Ao contrário dos alunos, foi particularmente bem valorizado o ambiente relacional propiciado pelo estágio, bem como a satisfação em participar na formação. Finalmente, quer os alunos quer os orientadores apresentaram sugestões para uma melhoria do estágio clínico. Para os alunos é importante que a coordenadores do estágio clínico concedam maior apoio e informem melhor os orientadores sobre os requisitos e pormenores do estágio; uma outra sugestão refere-se à avaliação do aproveitamento, a requerer melhor adequação de procedimentos e critérios. Os orientadores sugeriram particularmente uma profunda alteração nos critérios de avaliação, dando clara preferência pela quantificação dos resultados, a par com uma maior cooperação por parte da FML. Os resultados desta avaliação são importantes para direccionarem as modificações indispensáveis a introduzir na orgânica do estágio clínico, de modo a que as falhas de intercomunicação e dificuldades de diálogo entre os representantes da FML e das Unidades Clínicas de acolhimento não defraudem um processo educacional que visa uma melhor qualificação da formação pré-graduada.

Bibliografia

- 1 – Barzansky B, Simon FA, Brotherton SE – The fourth-year medical curriculum: has anything changed in 20 years? *Acad Med* 2001; 76:S36-S38.
- 2 – Ludmerer KM – “Learning to Heal: The Development of American Medical Education”, New York: Basic Books, 1985.
- 3 – Ludmerer KM – Time and medical education. *Ann Intern Med* 2000; 132:25-28.
- 4 – Korn D – Reengineering academic medical centers: reengineering academic values? *Acad Med* 1996; 71:1033-1043.
- 5 – Krakower JY, Coble TY, Williams DJ, Jones RF – Review of US medical school finances, 1998-1999. *JAMA* 2000; 284:1127-1129.

- 6 – Woolliscroft JO, Harrison RV, Anderson MB – Faculty views of reimbursement changes and clinical training: a survey of award-winning clinical teachers. *Teach Learn Med* 2002; 14:77-86.
- 7 – Kefalides PT – The invisible hand of the government in medical education. *Ann Intern Med* 2000; 132:686-688.
- 8 – Humphrey CJ-The fuzzy math of Medicare home care cuts. *Home Healthc Nurse* 2002; 20:216-217.
- 9 – Ludmerer KM – Instilling professionalism in medical education. *JAMA* 1999; 282:881-882.
- 10 – Irby DM – Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. *Acad Med* 1995; 70:898-931.
- 11- Lewkonja R – The functional relationships of medical schools and health services. *Med Educ* 2002; 36:289-295.
- 12 – Smith R.-Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. *BMJ* 2001; 322:1073-1074.
- 13 – Ham C, Alberti KG – The medical profession, the public, and the government. *BMJ* 2002; 324:838-842.
- 14 – Barzansky B, Etzel SI – Educational programs in US medical schools, 2001-2002. *JAMA* 2002; 288:1067-1072.
- 15 – Blumenthal D, Causino N, Campbell EG, Weissman JS – The relationship of market forces to the satisfaction of faculty at academic health centers. *Am J Med* 2001; 111:333-340, *BMJ* 2001; 322:1073-1074.
- 16 – Elam CL, Wilson HD, Wilson EA, Schwartz R – Physicians for the 21st century: implications for medical practice, undergraduate preparation, and medical education. *J Kentucky Med Assoc.* 1995; 93:247-249, 252.
- 17 – Lowry S – What’s wrong with medical education in Britain? *BMJ* 1992; 305:1277-1280.
- 18 – Chantler C – Reinventing doctors. Will move doctors from this winter of discontent to a position of leadership. *BMJ* 1998; 317:1670-1671.
- 19 – Jones R, Higgs R, de Angelis C, Prideaux D – Changing face of medical curricula. *Lancet.* 2001; 357:699-703.
- 20 – American Medical Association – Future Directions for Medical Education: a report of the Council on Medical Education. Chicago: American Medical Association, 1982.
- 21 – Association of American Medical Colleges – Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine. Physicians for the twenty-first century: the GPEP report. Washington DC: Association of American Medical Colleges, 1984.
- 22- Swanson AG, Anderson MB – Educating medical students: assessing change in medical education-the road of implementation. The ACME-TRI Report. *Acad Med* 1993; 68:S7-S46.
- 23- Edinburgh Declaration, World Conference on Medical Education of the World Federation for Medical Education, Edinburgh 1988.

- 24 – General Medical Council – “Tomorrow’s Doctors” – Recommendations on Undergraduate Medical Education. London: General Medical Council, 1993, 2002.
- 25 – Recommendations for Undergraduate Medical Education (III/F/527/3/92). *European Advisory Committee on Medical Training of the European Community*, Brussels, 1993.
- 26 – “Blueprint 1994: Training of Doctors in The Netherlands” – Objectives of Undergraduate Medical Education. Metz JCM, Stoelinga GBA, Pels Rijken-van Erp Taalman Kip EH, van den Brand-Valkenburg BWM (project group), Nijmegen: University Publication Office, 1994.
- 27 – Anderson MB – A guide to the 130 reports in this snapshot supplement to Academic Medicine. *Acad Med* 2000; 75(9 Suppl):Sx-Sxiv.
- 28 – Student Assessment in Undergraduate Medical Education in the United Kingdom 1980-Report of findings Fowell SL, Maudsley G, Magure P, Leinster SJ, Bligh J (Eds). 2000; 34 (suppl 1):58-61.
- 29 – Medical Curricula in European Countries. WHO European Center for Integrated Health Care Services, 1999.
- 30 – Improving the social responsiveness of medical schools. Proceedings of the 1998 Educational Commission for Foreign Medical Graduates/World Health Organization Invitational Conference. *Acad Med* 1999; 74(8 Suppl):Svii-viii, S1-94.
- 31 – Boelen C – A new paradigm for medical schools a century after Flexner’s report. *Bull World Health Organ*. 2002; 80:592-593.
- 32 – O’Neil EH – Education as part of the health care solution. Strategies from the Pew Health Professions Commission. *JAMA* 1992; 268:1146-1148.
- 33 – McPherson JR – Should we change the medical school curriculum? *Mayo Clin Proc* 1989; 64:1311-1314.
- 34 – Marinker M – Myth, paradox and the hidden curriculum. *Med Educ* 1997; 31:293-298.
- 35 – Lambert TW, Goldacre MJ, Parkhouse J, Edwards C – Career destinations in 1994 of United Kingdom medical graduates of 1983: results of a questionnaire survey. *BMJ* 1996; 312:893-897.
- 36 – Eddleston A, Booton P – The undergraduate medical course. *Med Educ* 1997; 31 (Suppl 1):7-9.
- 37 – Pinney SJ, Regan WD – Educating medical students about musculoskeletal problems. Are community needs reflected in the curricula of Canadian medical schools? *J Bone Joint Surg Am* 2001; 83-A:1317-1320.
- 38 – Commonwealth Fund Task Force on Academic Health Centers – “Training Tomorrow’s Doctors”. New York: The Commonwealth Fund, 2002.
- 39 – Meyer GS, Potter A, Gary N – A national survey to define a new core curriculum to prepare physicians for managed care practice. *Acad Med* 1997; 72:669-676.
- 40 – Baarts C, Tulinius C, Reventlow S – Reflexivity – a strategy for a patient-centred approach in general practice. *Fam Pract*. 2000; 17:430-434.

- 41 – Whitcomb ME – The general professional education of the physician: is four years enough time? *Acad Med.* 2002; 77:845-846.
- 42 – Murdoch-Eaton D, Crombie H – Complementary and alternative medicine in the undergraduate curriculum. *Med Teach.* 2002; 24:100-102.
- 43 – Freeth D – Sustaining interprofessional collaboration. *J Interprof Care.* 2001; 15:37-46.
- 44 – Papa FJ, Harasym PH – Medical curriculum reform in North America, 1765 to the present: a cognitive science perspective. *Acad Med* 1999; 74:154-164.
- 45 – Bonner TN – The German model of training physicians in the United States, 1870-1914: how closely was it followed? *Bull Hist Med.* 1990; 64:18-34.
- 46 – Sternberg GM – The address of the president. *JAMA* 1898, 30:1373-1380.
- 47 – Flexner A – “Medical Education in the United States and Canada”, from *The Carnegie Foundation for the Advance of Teaching*, New York, Bulletin Number Four, 1910.
- 48 – Flexner A – “Medical Education: A Comparative Study”, New York: Macmillan Company, 1925, pg 148.
- 49 – Bonner TN – Abraham Flexner as critic of British and Continental medical education. *Med Hist* 1989; 33:472-479.
- 50 – Waddington K – “Leaders of Educational Purpose”: the foundation of academic medicine 1890s-1940s. *Med Educ* 2000; 34:1032-1035.
- 51 – Flexner A – “Medical Education in Europe”, New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin N.º 6, 1912.
- 52 – Ludmerer KM – “Time to Heal. American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care”, New York: Oxford University Press, Inc., 1999.
- 53 – Debas HT – Medical education and practice: end of century reflections. *Arch Surg.* 2000; 135:1096-1100.
- 54 – Dornhorst AC, Hunter A – Fallacies in medical education. *Lancet.* 1967; 2:666-667.
- 55 – Patterson JW – Western Reserve. 3. Interdepartmental and departmental teaching of medicine and biologic science in four years. *J Med Educ* 1956; 31:521-529.
- 56 – Caughy FL – Reserve clinical teaching during four years. *J Med Educ* 1956; 31:530-534.
- 57 – Barrows HS, Mitchell DL – An innovative course in undergraduate neuroscience. Experiment in problem-based learning with “problem boxes”. *Br J Med Educ.* 1975; 9:223-230.
- 58 – Barrows HS – Self-instructional film cartridges in medical education. *Can Med Assoc J* 1968; 98:1094-1096.
- 59 – Barrows HS – Simulated patients in medical teaching. *Can Med Assoc J.* 1968; 98:674-676.
- 60 – Mayer RE, Greeno JG – Structural differences between learning outcomes produced by different instructional methods. *J Educ Psychol* 1972; 62:165-173.
- 61 – David TJ, Dolmans DHJM, Patel L, van der Vlieten CPM – Problem – based learning as an alternative to lecture-based continuing medical education. *J Roy Soc Med* 1998; 91:626-630.

- 62 – Harden RM – Developments in outcome-based education. *Med Teacher* 2002; 24:117-120.
- 63 – Chalon P, Delvenne C, Pasleau F – [Problem-based learning, description of a pedagogical method leading to evidence-based medicine]. *Rev Med Liege* 2000; 55:233-238.
- 64 – Schmidt HG, Norman GR, Boshuizen HP – A cognitive perspective on medical expertise: theory and implication. *Acad Med* 1990; 65:611-621.
- 65 – Mandin H, Jones A, Woloschuk W, Harasym P – Helping students learn to think like experts when solving clinical problems. *Acad Med*. 1997; 72:173-179.
- 66 – Neufeld VR, Norman GR, Feightner JW, Barrows HS – Clinical problem-solving by medical students: a cross-sectional and longitudinal analysis. *Med Educ* 1981; 15:315-322.
- 67 – Woodward CA, Ferrier BM – Perspectives of graduates two or five years after graduation from a three-year medical school. *J Med Educ* 1982; 57:294-302.
- 68 – Eagle CJ, Harasym PH, Mandin H – Effects of tutors with case expertise on problem-based learning issues. *Acad Med* 1992; 67:465-469.
- 69 – Albanese MA, Mitchell S – Problem-based learning: a review of literature on its outcomes and implementation issues. *Acad Med* 1993; 68:52-81.
- 70 – Moore GT, Block SD, Style CB, Mitchell R – The influence of the New Pathway curriculum on Harvard medical students. *Acad Med* 1994; 69:983-989.
- 71 – Norman GR, Schmidt HG – Effectiveness of problem-based learning curricula: theory, practice and paper darts. *Med Educ* 2000; 34:721-728
- 72 – Newble DI, Clarke RM – The approaches to learning of students in a traditional and in an innovative problem-based medical school. *Med Educ* 1986; 20:267-273.
- 73 – Patel VL, Groen GJ, Norman GR – Effects of conventional and problem-based medical curricula on problem solving. *Acad Med* 1991; 66:380-389.
- 74 – Patel VL, Arocha JF, Leccisi MS – Impact of undergraduate medical training on housestaff problem-solving performance: implications for problem-based curricula. *J Dent Educ* 2001; 65:1199-1218.
- 75 – Colliver JA – Effectiveness of problem-based learning curricula: research and theory. *Acad Med* 2000; 75:259-266.
- 76 – Schmidt HG, Machiels-Bongaerts M, Hermans H, ten Cate TJ, Venekamp R, Boshuizen HP – The development of diagnostic competence: comparison of a problem-based, an integrated, and a conventional medical curriculum. *Acad Med* 1996; 71:658-664.
- 77 – Custers EJ, Cate OT – Medical students' attitudes towards and perception of the basic sciences: a comparison between students in the old and the new curriculum at the University Medical Center Utrecht, The Netherlands. *Med Educ* 2002; 36:1142-1150.
- 78 – Schmidt HG – Problem-based learning: does it prepare medical students to become better doctors? *Med J Aust* 1998; 168:429-430.

- 79 – Blue AV, Garr D, Del Bene V, McCurdy L – Curricular renewal for the new millennium at the Medical University of South Carolina College of Medicine. *J S C Med Assoc* 2000; 96:22-27.
- 80 – Dahle LO, Brynhildsen J, Behrbohm Fallsberg M, Rundquist I, Hammar M – Pros and cons of vertical integration between clinical medicine and basic science within a problem-based undergraduate medical curriculum: examples and experiences from Linköping, Sweden. *Med Teach* 2002; 24:280-285.
- 81 – Mandin H, Harasym P, Eagle C, Watanabe M – Developing a “clinical presentation” curriculum at the University of Calgary. *Acad Med* 1995; 70:186-193.
- 82 – O’Neil PA, Metcalfe D, David TJ – The core contents of the undergraduate curriculum in Manchester. *Med Educ* 1999; 33:121-129.
- 83 – Harden RM, Davis MH – The core curriculum with options or special study modules. *Med Teacher* 1995; 17:125-148.
- 84 – Harden RM, Davis MH, Crosby JR – The new Dundee medical curriculum: a whole that is greater than the sum of the parts. *Med Educ* 1997; 31:264-271.
- 85 – O’Neill PA, Morris J, Baxter CM – Evaluation of an integrated curriculum using problem-based learning in a clinical environment: the Manchester experience. *Med Educ* 2000; 34:222-230.
- 86 – Whitehouse CR, O’Neill P, Dornan T – Building confidence for work as house officers: student experience in the final year of a new problem-based curriculum. *Med Educ* 2002; 36:718-727.
- 87 – Jones A, McArdle PJ, O’Neill PA – Perceptions of how well graduates are prepared for the role of pre-registration house officer: a comparison of outcomes from a traditional and an integrated PBL curriculum. *Med Educ* 2002; 36:16-25.
- 88 – Wallach PM, Roscoe L, Bowden R – The profession of medicine: an integrated approach to basic principles. *Acad Med* 2002; 77:1168-1169.
- 89 – Skochelak SE, Jackson TC – An interdisciplinary clerkship model for teaching primary care. *Acad Med* 1992; 67:639-641.
- 90 – Speer AJ, Stagnaro-Green A, Elnicki DM – Interdisciplinary clerkships: educational models of the future? *Am J Med* 1995; 99:451-453.
- 91 – Muller S (chairman) – Physicians for the twenty-first century: report of the project panel on the general professional education of the physician and college preparation for medicine. *J Med Educ* 1984; 59(part 2):1-208.
- 92 – Regan-Smith M, Young WW, Keller AM – An efficient and effective teaching model for ambulatory education. *Acad Med* 2002; 77:593-599.
- 93 – Rosenblatt RA – Current successes in medical education beyond the bedside. *J Gen Intern Med.* 1988; 3(2 Suppl):S44-S61.
- 94 – Biddle WB, Riesenber LA, Darcy PA – Medical students’ perceptions of desirable characteristics of primary care teaching sites. *Fam Med* 1996; 28:629-633.
- 95 – Satran L, Harris IB, Allen S, Anderson DC, Poland GA, Miller WL – Hospital-based versus community-based clinical education: comparing performances

- and course evaluations by students in their second-year pediatrics rotation. *Acad Med* 1993; 68:380-382.
- 96 – Kalet A, Schwartz MD, Capponi LJ, Mahon-Salazar C, Bateman WB – Ambulatory versus inpatient rotations in teaching third-year students internal medicine. *J Gen Intern Med* 1998; 13:327-330.
 - 97 – Feltovich J, Mast TA, Soler NG – Teaching medical students in ambulatory settings in departments of internal medicine. *Acad Med* 1989; 64:36-41.
 - 98 – Block SD, Clark-Chiarelli N, Peters AS, Singer JD – Academia's chilly climate for primary care. *JAMA* 1996; 276:677-682.
 - 99 – Hoffman C, Rice D, Sung HY – Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. *JAMA* 1996; 276:1473-1479.
 - 100 – Stoeckle JD – The market pushes education from ward to office, from acute to chronic illness and prevention: will case method teaching-learning change? *Arch Intern Med* 2000; 160:273-280.
 - 101 – Veloski J, Barzansky B, Nash DB, Bastacky S, Stevens DP – Medical student education in managed care settings: beyond HMOs. *JAMA* 1996; 276:667-671.
 - 102 – Fox DM – Managed care: the third reorganization of health care. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46:314-317.
 - 103 – Fields SA, Usatine R, Steiner E – Teaching medical students in the ambulatory setting: strategies for success. *JAMA* 2000; 283:2362-2364.
 - 104 – Ebrahim S – Demographic shifts and medical training. *BMJ* 1999; 319:1358-1360.
 - 105 – Edwards M.-Modern medicine and the pursuit of cure. *Med Educ* 1999; 33:704-706.
 - 106 – Kearley KE, Freeman GK, Heath A – An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract* 2001; 51:712-718.
 - 107 – van Weel C, Knottnerus JA – Evidence-based interventions and comprehensive treatment. *Lancet* 1999; 353:916-918.
 - 108 – Harden RM, Grant J, Buckley G, Hart IR – Best Evidence Medical Education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2000; 5:71-90.
 - 109 – Hafferty FW, Franks R – The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med* 1994; 69:861-871.
 - 110 – Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA – Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. *Acad Med* 1994; 69:670-679.
 - 111 – Cruess RL, Cruess SR – Teaching medicine as a profession in the service of healing. *Acad Med* 1997; 72:941-952.
 - 112 – Cribb A – The diffusion of the health agenda and the fundamental need for partnership in medical education. *Med Educ* 2000; 34:916-920.
 - 113 – Epstein RM – Mindful practice. *JAMA*. 1999; 282:833-839.
 - 114 – Goldie J, Schwartz L, McConnachie A, Morrison J – Impact of a new course on students' potential behaviour on encountering ethical dilemmas. *Med Educ* 2001; 35:295-302.

- 115 – Schwartz MR, Wojtczak A – Global minimum essential requirements in medical education: a road towards competency-oriented medical education. *Med Teacher* 2002; 24:125-129.
- 116 – Harden RM- Learning outcomes and instructional objectives: is there a difference? *Med Teach* 2002; 24:151-155.
- 117 – Hamilton JD – Outcomes in medical education must be wide, long and deep. *Med Teacher* 1999; 21:125-126.
- 118 – Sainsbury R, Wilkinson TJ, Smith CW – Attitudes of medical students to old people: a cross-national comparative study. *Med Educ* 1992; 26:285-289.
- 119 – Batenberg V, Smal JA – Does a communication course influence medical students' attitudes? *Med Teacher* 1997; 19:263-269.
- 120 – Howe A – Professional development in undergraduate medical curricula – the key to the door of a new culture? *Med Educ* 2002; 36:353-359.
- 121 – Leung WC – Competency based medical training: review. *BMJ* 2002; 325:693-696.
- 122- Harden RM, Davis MH, Friedman Ben-David M – UK recommendations on undergraduate medical education and the Flying Wallendas. *Med Teach* 2002; 24:5-8.
- 123 – Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C – Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med* 2002; 77:361-367.
- 124 – Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R – Assessment of clinical competence. *Lancet* 2001; 357:945-949.
- 125 – Wojtczak A, Schwrz MR – Minimum essential requirements and standars in medical education. *Med Teacher* 2000; 22:555-559.
- 126 – Association of American Medical Colleges – “Report 1: Learning Objectives for Medical Student Education. Guidelines for Medical Schools. Medical Schools Objectives”, Washington DC: Association of American Medical Colleges, 1998.
- 127 – Association of American Medical Colleges – “Curriculum Directory”. Washington, DC: Association of American Medical Colleges, 1997-98.
- 128 – World Federation on Medical Education-WFME task force on defining international standards in basic medical education. Report of the working party, Copenhagen, 14-16 October 1999. *Med Educ* 2000; 34:665-675
- 129 – Core Committee, Institute for International Medical Education – Global minimum essential requirements in medical education. *Med Teach* 2002; 24:130-135.
- 130 – Parsell G, Spalding R, Bligh J – Shared goals, shared learning: evaluation of a multiprofessional course for undergraduate students. *Med Educ* 1998; 32:304-311
- 131 – Mires GJ, Williams FLR, Harden RM, Howie PW, McCarey M, Robertson A – Multiprofessional education in undergraduate curricula can work. *Med Teacher* 1999; 21:281-285.
- 132 – Cooper H, Carlisle C, Gibbs T, Watkins C – Developing an evidence base for interdisciplinary learning: a systematic review. *J Adv Nurs* 2001; 35:228-237.

- 133 – Harden RM, Sowden S, Dunn WR – Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. *Med Educ* 1984; 18(4):284-297.
- 134 – Harden RM – The integration ladder: a tool for curriculum planning and evaluation. *Med Educ* 2000; 34:551-557.
- 135 – General Medical Council – “The New Doctor” – Recommendations on General Medical Training. London: General Medical Council, 1997
- 136 – “Blueprint 2001: Training of Doctors in The Netherlands” – Adjusted Objectives of Undergraduate Medical Education in The Netherlands. Metz JCM, Verbeek-Weel AMM, Huisjes HJ, (supervisory committee, eds), Nijmegen: University Publication Office, 2001
- 137 – Bligh J, Prideaux D, Parsell G – PRISMS: new educational strategies for medical education. *Med Educ* 2001; 35:520-521.
- 138 – Ward JP, Gordon J, Field MJ, Lehmann HP – Communication and information technology in medical education. *Lancet* 2001; 357:792-796.
- 139 – Friedson E-”Profession of Medicine”, New York: Dodd, Mead, 1970
- 140 – Swick HM, Szenas P, Danoff D, Whitcomb ME – Teaching professionalism in undergraduate medical education. *JAMA* 1999; 282:830-832.
- 141 – van der Vleuten C – Validity of final examinations in undergraduate medical training. *BMJ* 2000; 321:1217-1219.
- 142 – Stephenson A, Higgs R, Sugarman J – Teaching professional development in medical schools. *Lancet* 2001; 357:867-870.
- 143 – Williams GC, Deci EL – The importance of supporting autonomy in medical education. *Ann Intern Med* 1998; 129:303-308.
- 144 – Enarson C, Burg FD – An overview of reform initiatives in medical education. 1906 through 1992. *JAMA* 1992; 268:1141-1143.
- 145 – Cantor JC, Long SH, Marquis S – Challenges of state health reform: variations in ten states. *Health Aff (Millwood)* 1998; 17:191-200.
- 146 – Johnson JE, Shuster AL – Preparing physicians for the future: The Robert Wood Johnson Foundation’s Program in Medical Education, in: “Medical Education in Transition”, Robert Q Mason, Roseann M Jones (Eds), New Jersey: The Robert Johnson Foundation, 1992.
- 147 – Cantor JC, Cohen AB, Barker DC, Shuster AL, Reynolds RC – Medical educators’ views on medical education reform. *JAMA* 1991; 265:1002-1006.
- 148 – Bloom SW – The medical school as a social organization: the sources of resistance to change. *Med Educ* 1989; 23:228-241.
- 149 – Kassebaum DG, Cutler ER, Eaglen RH -The influence of accreditation on educational change in U.S. medical schools. *Acad Med* 1997; 72:1127-1133.
- 150 – Tosteson DC – New pathways in general medical education. *N Engl J Med* 1990; 322:234-238.
- 151 – Christakis NA – The similarity and frequency of proposals to reform US medical education. Constant concerns. *JAMA* 1995; 274:706-711.
- 152 – McLeod PJ, Steinert Y, Nasmith L, Conochie L – Faculty development in Canadian medical schools: a 10-year update. *CMAJ* 1997; 156:1419-1423.
- 153 – Kopelman P – Learning skills and the acquisition of clinical skills. *Med Educ* 1997; 31 Suppl 1:17-19.

- 154 – Fox RC – Time to heal medical education? *Acad Med* 1999; 74:1072-1075.
- 155 – Robins LS, White CB, Fantone JC – The difficulty of sustaining curricular reforms: a study of “drift” at one school. *Acad Med* 2000; 75:801-805.
- 156 – Mennin SP, Krackov SK – Reflections on relevance, resistance, and reform in medical education. *Acad Med* 1998; 73(9 Suppl):S60-S64.
- 157 – Evans CH – Faculty development in a changing academic environment. *Acad Med* 1995; 70:14-20.
- 158 – Grant J – Medical education. Training the trainers. *Lancet* 1998; 352 (Suppl 4):SIV19.
- 159 – Ross RH, Fineberg HV – Medical students’ evaluations of curriculum innovations at ten North American medical schools. *Acad Med*. 1998; 73:258-265.
- 160 – Cunningham J – Evolution of student assessment in McMaster University’s MD Programme. *Med Teach* 2002; 24:254-260.
- 161 – Puckett AC Jr, Graham DG, Pounds LA, Nash FT – The Duke University program for integrating ethics and human values into medical education. *Acad Med* 1989; 64:231-235.
- 162 – Sulmasy DP, Terry PB, Faden RR, Levine DM – Long-term effects of ethics education on the quality of care for patients who have do-not-resuscitate orders. *J Gen Intern Med* 1994; 9:622-626.
- 163 – Bickel J – “Promoting Medical Student’s Ethical Development: A Resource Guide”, Washington DC: Association of American Medical Colleges, 1993.
- 164 – Katz LA, Sarnacki RE, Schimpfhauser F – The role of negative factors in changes in career selection by medical students. *J Med Educ* 1984; 59:285-290.
- 165 – Wright S – Examining what residents look for in their role models. *Acad Med* 1996; 71:290-292.
- 166 – Rennie SC, Crosby JR – Students’ perceptions of whistle blowing: implications for self-regulation. A questionnaire and focus group survey. *Med Educ* 2002; 36:173-179.
- 167 – Satterwhite WM 3rd, Satterwhite RC, Enarson CE – Medical students’ perceptions of unethical conduct at one medical school. *Acad Med* 1998; 73:529-531.
- 168 – Kaufman D, Mann K, Jennett P – “Teaching and Learning in Medical Education: How Theory can Inform Practice”. ASME Occasional Publication, Edinburgh: The Association for the Study of Medical Education (ASME), 2000.
- 169 – Murdoch Eaton D, Cottrell D – Structured teaching methods enhance skill acquisition but not problem-solving abilities: an evaluation of the “silent run through”. *Med Educ* 1999; 33:19-23.
- 170 – Papp KK, Aron DC – Reflections on academic duties of medical school faculty. *Med Teacher* 1999; 22:406-412.
- 171 – Bland CJ, Starnaman S, Wersal L, Moorehead-Rosenberg L, Zonia S, Henry R – Curricular change in medical schools: how to succeed. *Acad Med* 2000; 75:575-594.

- 172 – Schlesinger LS, Helms CM – Cost-conscious care, housestaff training, and the academic health center. *Acad Med* 1995; 70:561-562.
- 173 –McManus IC, Richards P, Winder BC – Clinical experience of UK medical students *Lancet*. 1998; 14;351:802-803.
- 174 – Walton LA, Fenner DE, Seltzer VL, Wilbanks GD, Laube DW, Crenshaw MC, Messer RH, Hale RH – The fourth-year medical school curriculum: recommendations of the Association of Professors of Gynecology and Obstetrics and the Council on Resident Education in Obstetrics and Gynecology. *Am J Obstet Gynecol* 1993.
- 175 – Bernier GM Jr, Adler S, Kanter S, Meyer WJ 3rd – On changing curricula: lessons learned at two dissimilar medical schools. *Acad Med*. 2000; 75:595-601.
- 176 – Mandel HG – Downsizing of basic science departments in U. S. medical schools: perceptions of their chairs. *The National Caucus of Basic Biomedical Science Chairs*. *Acad Med* 1997; 72:894-900.
- 177 – Makoul G, Curry RH – Patient, physician & society: Northwestern University Medical School. *Acad Med*. 1998; 73:14-24.
- 178 – Bligh J – Improving student learning. *Med Educ* 2002; 36:692.
- 179 – Hafferty FW – Beyond curriculum reform: confronting medicine’s hidden curriculum. *Acad Med*. 1998; 73:403-407.
- 180 – Maudsley G – What issues are raised by evaluating problem-based undergraduate medical curricula? Making healthy connections across the literature. *J Eval Clin Pract* 2001; 7:311-324.
- 181 – Bryan GT – The role and responsibility of the dean in promoting curricular innovation. *Teach Learn Med* 1994; 6:221-223.
- 182 – Rappleye W.C – *Medical Education: Final Report of the Commission on Medical Education*. New York: Association of American Medical Colleges, 1932.
- 183 – Chastonay P, Brenner E, Peel S, Guilbert FF – The need for more efficacy and relevance in medical education. *Med Educ* 1996; 30:235-238.
- 184 – Guilbert JJ – Curriculum change and strategies, past and present: why is it taking so long? *Educ Health (Abingdon)* 2001; 14:367-372.
- 185 – Morin E, Bocchi G, Ceruti M – “Turbare il Futuro”, Bergamo: Mretti e Vitali Editori, 1991.
- 186 – Miller Guerra – “As universidades Tradicionais e a Sociedade Moderna”, Lisboa: Moraes Editores, 1970.
- 187 – Bandaranayake R – The concept and practicability of a core curriculum in basic medical education. *Med Teacher* 2000; 22:560-563.
- 188 – Martins e Silva J – Sobre o desenvolvimento do novo plano curricular, In: “A Revisão Curricular na F.M.L. 1992-1999”, Série Estudos e Documentos da FML 1999; 1:7-9.
- 189 – Martins e Silva J – Uma modificação curricular adaptável à inovação dos saberes e às exigências biopsicosociais do futuro, In: “Educação Médica”, João Gomes Pedro, A. Barbosa (Eds), Actas do IX Congresso Nacional de Educação Médica, FML, Lisboa, 1999; pp. 123-149.

- 190 – Ministerial Consultation for Europe – Med. Educ 1989; 23:206-208.
- 191 – Recommendations of the World Summit on Medical Education: “Changing Medical Profession: Implications for the Medical Education”, In: Proceedings, HJ Walton (Ed), Med Education 1993; 28 (Suppl 1):140-149.
- 192 – Relatório da Comissão Interministerial para a Revisão do Ensino Médico (CIREM), 14 de Dezembro de 1993; Relatório do Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico, 3 de Março de 1994; Aprovação Ministerial por Despacho Conjunto 44/ME/MS/94, de 21 de Julho (Diário da República II Série, nº 190, de 18 de Agosto de 1994).
- 193 – Decreto-Lei nº 173/80, de 29 de Maio.
- 194- Dornhorst AC – Information overload: why medical education needs a shake-up. Lancet 1981; 2:513-514.
- 195 – Deliberação nº 949/2001 da reitoria da Universidade de Lisboa, Diário da República, II Série, nº 122, de 26 de Maio de 2001. Revisão e aprovação por deliberação nº 1346/2002 da reitoria da Universidade de Lisboa, Diário da República, II Série, nº 199, de 29 de Agosto de 2002.
- 196 – “A Revisão Curricular na FML de 1992-1999: Fundamentos, Finalidades e Desenvolvimento”, Série Estudos e Documentos da FML, volume 1, Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 1999.
- 197 – “Guia da Licenciatura em Medicina 2001-2002”, Série Guias da FML, volume 7, Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2002.
- 198 – “Referências sobre o Ensino Médico em Portugal: 1911-2000”, Série estudos e Documentos da FML, volume 2, Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa 2001.
- 199 – Gleeson F – Assessment of clinical competence using the Objective Structured Long Examination Record (OSLER), AMEE Medical Education Guide nº 9 Medical Teacher, Dundee: Association for Medical Education in Europe, 1997
- 200 – Deliberação nº 2135-A/2001 da Universidade de Lisboa, Diário da República, II Série, nº 219, de 3 de Dezembro.

A Revisão Curricular na FML. A Crise, as Dificuldades e o que é Possível*

O planeamento da revisão curricular na FML teve em conta algumas premissas reconhecidamente influentes nos resultados a perspectivar.

Entre outras condicionantes, foi discutida a justificação para uma revisão curricular e a logística do processo. Independentemente das recomendações dos Grupos e Comissões de iniciativa ministerial, entenderam as Comissões da FML designadas para o efeito ser indispensável e urgente proceder a uma revisão do currículo do curso de licenciatura em Medicina da FML. Na ocasião foram ainda ponderados os cenários em que poderia e deveria decorrer o novo currículo, tendo em conta o sistema precário de selecção dos alunos de Medicina, as estruturas físicas e equipamentos existentes, número e preparação pedagógico-científica dos docentes em actividade, recursos em pessoal não docente e orçamento disponível. Foi comprovado que nenhuma das premissas garantia, nas condições actuais, o sucesso de uma futura revisão curricular. Para esse objectivo, haveria que dotar o sistema de ensino de condições mínimas adequadas, em grande parte dependentes do poder político. Enquanto essas condições não forem satisfeitas, haverá razões para questionar o sucesso de toda e qualquer revisão curricular, e, inclusivamente, garantir a competência da formação pré-graduada pelo sistema em vigor.

Tendo em consideração que a crise presente não pode persistir sem que daí resulte o colapso da formação médica e, por consequência, de um exercício profissional competente e potencialmente actualizado, foram definidas as coordenadas de um programa curricular para futuro imediato, com início para o 1º ano no ano lectivo de 1995/96. Este programa representa as alterações necessárias e possíveis, que, mesmo fazendo uso de todos os recursos existentes, não deixará de decorrer sem dificuldades logísticas inaceitáveis.

A filosofia do programa curricular revisto baseia-se, nomeadamente, nos seguintes pontos: ensino por objectivos, inclusão de disciplinas obrigató-

* OC – In Boletim da SPEM 1995; 5(3): 6 (XIII Reunião da Sociedade Portuguesa de Educação Médica, Lisboa 16 Out. 1995).

rias a par com disciplinas optativas; definição do núcleo curricular essencial em cada disciplina; aprendizagem de conhecimentos fundamentais nos primeiros anos, a par com a iniciação à ciência e ao meio social e hospitalar; reforço crescente da aplicação de conhecimentos clínicos (com desenvolvimento de aptidões, aprendizagem de desempenho essenciais, compreensão e prática de actividades e valores próprios da profissão médica) a atingir o nível máximo no último ano do curso, reservado para o exercício orientado da Medicina que culmina na licenciatura.

No 1^o e 2^o anos da revisão curricular a iniciar na FML, estão previstas disciplinas optativas e disciplinas obrigatórias. Estas últimas constituem áreas que, na generalidade, ocupam três semestres (sm) nos dois primeiros anos do curso: Biologia Molecular da Célula (1 sm, 1^o ano) e Histologia e Embriologia (2 sm, 2^o ano); Bioquímica Celular (1 sm, 1^o ano) e Bioquímica Fisiológica (2 sm, 2^o ano); Fisiologia I (1 sm, 1^o ano) e Fisiologia II (2 sm, 2^o ano); Anatomia Humana (2 sm, 1^o ano) e Neuroanatomia (1 sm, 2^o ano). Todas estas disciplinas têm avaliação sumativa (contínua ou exame único) e créditos adequados à escolaridade. No 1^o ano são ensinadas também a Medicina Preventiva e Bioestatística (1 sm), com avaliação sumativa e créditos, e a Introdução à Medicina (1 sm) somente com creditação. Os alunos têm ainda a realizar um Projecto na Comunidade (no âmbito da Medicina Preventiva-Bioestatística) e um Projecto de Investigação (laboratorial e/ou clínico).

Proposta para o Novo Plano Curricular da FML. Generalidades*

Preâmbulo

Cabe às Faculdades de Medicina perspectivar, como objectivos finais prioritários, a formação de profissionais clínicos competentes e preparados para assegurarem o desenvolvimento da ciência médica. Tendo como cenário as modificações drásticas das condições de vida humana e as alterações geopolíticas registadas nos últimos anos, há razões para admitir que o sistema de formação médica pré-graduada em vigor na maioria dos centros universitários já não satisfaz os requisitos actuais nem solucionará decerto as exigências que se perfilam no horizonte próximo, em que o futuro médico será chamado a intervir.

Por idênticas razões, o plano de estudos do curso da licenciatura em Medicina seguido na Faculdade de Medicina de Lisboa (e cuja última alteração data de 1991) requer reformulações inadiáveis nos conceitos de ensino, nos processos metodológicos e na diferenciação dos objectivos, a que acresce, naturalmente, uma indispensável dotação de recursos materiais, formadores adequados e alunos seleccionados.

O novo plano curricular pretendido pela Faculdade de Medicina de Lisboa apoia-se nos princípios e orientações gerais que, a diversos níveis de intervenção, visam melhorar e adaptar a formação médica pré-graduada às actuais e previsíveis prioridades nacionais de saúde, de desenvolvimento e progresso científico na área da Medicina. Neste propósito justifica-se destacar os seguintes documentos orientadores:

- (1) Declaração de Edimburgo (World Conference on Medical Education of the World Federation for Medical Education, Edimburgo 12 Agosto 1988);
- (2) Iniciativa de Lisboa (31 Out. – 3 Nov. 1988), de que resultou a constituição da Comissão Interministerial para a Revisão do Ensino Médico (Despacho Conjunto 26/ME/89);

* A – In: Revista da FML 1995; Série II, I (3): 136-138.

- (3) Recomendações da Comunidade Europeia sobre o ensino médico pré-graduado (European Economic Community Advisory Committee on Medical Training – Brussels III/F/5127/3/92, 1992);
- (4) Relatório da Comissão Interministerial para a Revisão do Ensino Médico (CIREM) (aprovado por despacho conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde, em 20/Maio/1993);
- (5) Recomendações de Edimburgo-93 (World Summit on Medical Education, Edimburgo 8-12 Agosto 1993);
- (6) Relatório do Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico (aprovado por despacho dos Ministérios da Educação e da Saúde – 44/ME/MS/94, de 21/Julho/1994).

Princípios gerais do novo programa de estudos

1. O curso de licenciatura em Medicina, que corresponde à fase pré-graduada da formação médica, pressupõe a profissionalização em Medicina.
2. Os objectivos educacionais do curso convergem para um perfil do médico pluripotencial, entendendo-se como tal a obtenção de preparação clínica geral que habilite ao exercício livre e autónomo da profissão médica, bem como à qualificação para participar em qualquer acção de formação médica pós-graduada, e subsequente acesso à auto-aprendizagem contínua.
3. O curso de licenciatura em Medicina tem a duração de 6 anos, num total aproximado de 5.500 horas de escolaridade, a distribuir ao longo de três fases (ou ciclos) de ensino/aprendizagem, subsequentes e interrelacionadas:
 - (a) Ciclo básico e pré-clínico (do 1º ao 3º anos)
 - (b) Ciclo clínico (4º e 5º anos)
 - (c) Exercício clínico orientado e programado (6º ano)
4. O ensino no ciclo básico e pré-clínico baseia-se fundamentalmente em disciplinas ou áreas pluridisciplinares, pelas quais é privilegiada a formação científica, o desenvolvimento de capacidades, e a aprendizagem de atitudes e valores com aplicação potencial a problemas e situações de índole clínica.
5. O ensino do ciclo clínico privilegia essencialmente a preparação clínica geral em grandes áreas de acção médica: Medicina, Cirurgia, Saúde Materno-Infantil, Saúde Mental, Saúde Pública e Clínica Geral.
6. A fase do exercício orientado e programado envolve o tirocínio clínico, tutelado e rotativo, naquelas áreas de acção médica, com excepção da Saúde Mental. A aprendizagem dos últimos 3 anos do curso deverá ser realizada em ambiente hospitalar e extra-hospitalar, em natural articulação com os objectivos do curso.

7. O grau de licenciatura em Medicina é concedido pela Universidade no termo dos 6 anos do curso, mediante a obtenção de aproveitamento no exercício clínico e nas disciplinas obrigatórias, bem como nas disciplinas optativas previstas no respectivo plano do curso, de modo a perfazer o total de unidades de crédito pré-fixadas.

Conteúdos e metodologias

Os conteúdos do curso atendem às prioridades definidas para o exercício competente da profissão médica e participação activa na inovação e progresso da ciência médica. Os conteúdos são ensinados em disciplinas obrigatórias e disciplinas optativas. Estas visam complementar a formação nuclear que constitui a preparação clínica geral, não excedendo os 30% do total das disciplinas do curso.

O ensino dos conteúdos decorre essencialmente em aulas teóricas, aulas práticas (de laboratório, enfermaria e consultas externas), aulas teórico-práticas (de demonstração e debate de problemas) e seminários (multidisciplinares).

Os conteúdos constituem material de trabalho para aprendizagem cognitiva e formativa. A escolha dos conteúdos das disciplinas obrigatórias visa o que se afigura essencial e pertinente, objectivando o desenvolvimento de conhecimentos específicos e aplicação interdisciplinar, para a aquisição de desempenhos próprios da preparação clínica geral, e para antecipar o acesso a fases ulteriores da formação pós-graduada.

Os conteúdos, bem como a metodologia utilizada no processo de ensino/aprendizagem, preparam o aluno para a aprender, aprender a saber, aprender a ser, e aprender a estar.

Os conteúdos das disciplinas optativas visam fundamentalmente o desenvolvimento da vertente cultural e de aspectos mais específicos, por escolha individual dos discentes.

Os conteúdos das ciências básicas, pré-clínicas e clínicas deverão justapor-se em todos os níveis do Curso, embora com natural predomínio na respectiva fase de ensino. Assim, o ensino específico das ciências básicas está localizado nos 1º e 2º anos do curso, embora se projecte até ao 5º ano, integrando-se progressivamente nos respectivos conteúdos, nos seus aspectos mais fundamentais. As ciências clínicas começam a ser referidas nos primeiros anos do curso, adquirindo especificidade no 4º e 5º anos, sendo o 6º ano utilizado para o exercício prático e global desses conhecimentos. As ciências pré-clínicas são a natural charneira entre áreas fundamentais de conhecimento, e as áreas em que estes conhecimentos têm aplicação clínica.

Os conteúdos das diversas fases de ensino/aprendizagem são objecto de inter-relação horizontal e vertical, em crescendo de complexidade do 1º ano

ao último dos anos do curso. A interrelação, particularmente desenvolvida em seminários multidisciplinares, visa a objectivação dos conhecimentos e a sua aplicação médica, de modo a que o futuro médico aprenda a saber e a executar, com competência, o que recai no âmbito da preparação clínica geral.

Organização no plano de estudos

O plano de estudos do curso da licenciatura em Medicina constitui um cenário desenhado e equipado para o desenvolvimento eficaz da formação pré-graduada, a dimensionar para objectivos gerais pré-estabelecidos e a enquadrar nos seus aspectos mais influentes (médicos, científicos, sociais e individuais).

O plano de estudos é organizado para 6 anos de curso com um mínimo obrigatório de 5.500 horas. No 6º ano e último decorre o exercício clínico orientado e programado, a desenvolver durante 46 semanas de actividade, em regime de 36 horas de serviço semanal, ao que corresponde um total de 1.656 horas.

A escolaridade restante (cerca de 3.300 a 3.400 horas) é repartida pelos 5 anos do curso, cabendo a cada ano cerca de 660 a 720 horas de escolaridade obrigatória.

O ensino do 1º ao 3º anos do curso decorre essencialmente em disciplinas. O ensino do 4º e 5º anos prevê grandes áreas de ensino em que convergem sub-áreas especializadas, de modo a favorecer a aprendizagem cognitiva e formativa numa perspectiva globalizante de assuntos e problemas.

Os conteúdos de cada disciplina ou área de disciplinas são aferidos por avaliação preferencialmente contínua, convergindo em provas finais que englobam disciplinas afins.

Conclusão

A formação médica pré-graduada carece de uma profunda reforma curricular, para que os objectivos educacionais sejam efectivamente concretizados. O desenvolvimento dessa reforma requer meios materiais e financeiros actualizados, estruturas físicas modernas e, finalmente, recursos humanos disponíveis, motivados e com formação (técnica, científica e pedagógica) de primeiro plano.

Por razões diversas, não existem actualmente condições logísticas e recursos humanos que possibilitem o desencadear eficaz da reforma pretendida. Fazê-lo seria, em nossa opinião, um risco excessivo, senão mesmo fatal, para o delicado equilíbrio em que decorre o ensino médico nacional.

Em conformidade, a reforma do plano de estudos da licenciatura em medicina deverá, realisticamente, evoluir a dois tempos: um, imediato, representado por pequenas modificações possíveis, garantidas por meios e pessoal disponível; outro, mais lento, induzido por alterações profundas nas características dos formadores, construção e reapetrechamento estruturais, e soluções políticas que assegurem a dignidade da actividade universitária em todas as suas vertentes.

As Contingências do Novo Plano Curricular*

1. O desenvolvimento do novo programa curricular teve início, para o 1º ano do curso de licenciatura em Medicina (e, implicitamente também, para o Curso de Medicina Dentária) no ano lectivo de 1995/96.

2. Em 1996/97 foi abrangido o 2º ano e, para 1997/98, prevê-se que decorra a aplicação do novo programa do 3º ano do curso. Para salvaguardar esta possibilidade foram devidamente aprovadas, em órgãos competentes da FML e da Universidade de Lisboa, as normas gerais a aplicar ao novo 3º ano.

3. Todavia, desde o início desta renovação curricular e em múltiplas oportunidades subseqüentes, públicas e informais, houve a preocupação de condicionar a aplicação do novo plano de estudos às condições de trabalho e aos recursos humanos exigíveis. Tem havido também grande flexibilidade e compreensão institucional para as dificuldades burocráticas que tendem a retardar a disponibilização do que a FML pretende para uma renovação que, efectivamente, o seja. Não se esconde que essas dificuldades têm sido muitas e significativas, umas externas e outras também internas à FML.

4. Os órgãos de gestão da FML resolverão as dificuldades internas que estejam no seu âmbito. Outras limitações, porém, dependem exclusivamente de modificações significativas do sistema em que decorre a formação médica, ou de recursos financeiros específicos, essenciais para uma estrutura quase inalterável há 43 anos. Estas alterações terão de ser aprovadas e desencadeadas pelos ministérios que tutelam a formação médica, os da Educação e da Saúde. Estas alterações serão cruciais para que o plano curricular possa ter continuidade a partir de 1998/99, no 4º ano do curso de Medicina. Há porém algumas condicionantes que se colocam ao integral desenvolvimento do 3º ano, a começar já em Outubro próximo. O poder político e as autoridades universitárias de que a FML depende estão sensibilizados para as circunstâncias referidas. Aguarda-se a todo o momento que as solicitações apresentadas tenham despacho favorável, indispensável para os fins em vista.

* NE – In: Agenda da FML 1997; 64:1-2.

5. Numa primeira e provisória apreciação ao que tem sido a renovação curricular nos 1º e 2º anos do curso, e sem prejuízo da análise final que se aguarda da Comissão de Acompanhamento Curricular, poderá dizer-se que houve efectiva melhoria em alguns sectores, mas existem também situações negativas ou omissões que urge reparar. Embora alguns destes pontos “negros” sejam atribuídos a dificuldades estruturais, haverá também outros atribuíveis a desacertos funcionais. A análise a realizar pela Comissão de Acompanhamento, bem como o processo da Auto-avaliação da FML para 1996/97, fornecerão os indicadores necessários para as correcções possíveis.

6. Quanto ao próximo 3º ano de curso, o programa de estudos está aprovado na generalidade. Falta estabelecer pontos fulcrais que recaem na especialidade de cada uma das disciplinas e do respectivo processo da avaliação. O sistema está a ser revisto, perspectivando-se no mês de Julho uma apreciação final em Comissão de Revisão Curricular. Alguns pormenores relativos ao sistema de avaliação do futuro 3º ano (publicado em Diário da República, após aprovação em Conselho Científico do Senado da UL) deverão ser entendidos como provisórios. Neste particular haverá que evitar posições que possam criar o artifício de dois blocos no curso de Medicina, um até ao 3º ano e outro constituído pelo ciclo clínico. Desde o princípio que o curso foi concebido como unitário, com o ensino introdutório clínico presente já no 1º ano do curso e algum ensino das básicas ainda a acompanhar os últimos anos clínicos. Não faria sentido que o sistema de avaliação do 3º ano pusesse em causa este conceito. A FML tem desde há vários anos um regime de precedências que se revela satisfatório embora não esteja imune a alguma facilitação. Basta actualizá-lo, o que se fará agora nesta última revisão de trabalho. Num futuro haverá também que atribuir às precedências o seu verdadeiro significado, ou seja, dar-lhes a dimensão idêntica ao que é uso nas restantes Faculdades.

7. O cenário concedido para o ensino do 3º ano é aliciante e inovador. Requer, para que funcione bem, o empenhamento total dos professores e alunos. Não serão fácil a integração de 7 disciplinas numa nova área (Introdução à Patologia), com ensino e avaliação comuns, em que se esbatam as barreiras tradicionais de cada disciplina envolvida. Por sua vez, a Introdução à Clínica, profundamente remodelada, requer espaços próprios que, de momento, ainda não existem. Aguarda-se a todo o momento o financiamento há muito solicitado, para que as infra-estruturas planeadas e necessárias sejam concretizadas.

8. A renovação do plano curricular não é uma reforma. Como renovação que é terá os ajustamentos, drásticos ou de pormenor, que se justificarem. A colaboração da Escola será fundamental para o progresso que se deseja e para a melhor qualidade que se pretende, quer em termos individuais quer institucionais.

O primeiro dia*

Em Julho de 1997 decorreu na cidade universitária de Cambridge (um simpósio dedicado à transição do aluno de Medicina para “praticante clínico”⁽ⁱ⁾). Esta reunião seguiu-se à publicação das mais recentes recomendações do General Medical Council (GMC), intitulada “The New Doctor”. Nas palavras introdutórias de Sir Kenneth Calman ao simpósio, aquela transição constitui uma mudança delicada na vida do recém licenciado, a requerer particular atenção e acompanhamento por duas razões fundamentais: para que o estagiário aprenda a solucionar as expectativas e necessidades do doente e, em segundo lugar, para que a saúde e a vida dos doentes não sejam prejudicadas pela incompetência dos jovens clínicos.

A preparação clínica tem, na generalidade, um propósito educacional concreto, que não pode (nem deve) continuar confundido à de mero suplemento da formação médica básica. Na origem deste interesse está a certeza de que a qualidade da prestação de cuidados de saúde pelos jovens médicos depende do processo educacional anterior, em particular dos ensinamentos adquiridos no ciclo de aprendizagem clínica. Na opinião de Sir Donald Irvine, actual presidente do GMC, “The New Doctor” visa esclarecer as ambiguidades do “pre-registration year”, ao integrá-lo como uma acção terminal do currículo pré-graduado. O estágio clínico definido em “The New Doctor” será, por isso a cúpula pedagógica da formação médica pré-graduada, plena de oportunidades para uma aprendizagem clínica tutelada sob a responsabilidade das Faculdades de Medicina, na qual os alunos «aprendem a ser médicos através da prestação de um serviço». Para esse período de 12 meses consecutivos são estabelecidos dois objectivos principais: possibilitar que o estagiário aplique os conhecimentos que aprendeu e pratique os gestos clínicos fundamentais, e possibilitar que o estagiário se revele digno de confiança e responsável pelos actos médicos que lhe cabe resolver. De preferência, o ano de estágio clínico deverá decorrer no hospital ou na unidade de saúde em

* NE – In: Boletim da SPEM 1997; II Série, 7 (2): 1-3.

(i) Conference on the Transition from Medical Student to Medical Practitioner, Cambridge, UK.

que o aluno vai posteriormente ser interno. É, a propósito, recomendada a necessidade de uma metodologia de avaliação individual que permita aferir a eficácia da aprendizagem, a padronizar a nível nacional.

Curiosamente, as alterações propostas para o ano terminal da pré-graduação médica em Inglaterra, agora em fase de desenvolvimento, haviam sido defendidas há 25 anos pela Comissão Merrison.

É convicção generalizada dos intervenientes do processo de que o êxito ou a falência do novo plano depende fundamentalmente das capacidades, da determinação e da actuação dos “supervisores pedagógicos”. A figura de supervisor pedagógico, que ensina, apoia, corrige e supervisiona o jovem clínico (e, por conseguinte, modela sucessivas gerações de novos médicos), emerge como interveniente fundamental no período de mudança da pré-graduação para a vida clínica. Para que a sua acção seja eficaz, de acordo com os princípios definidos em “The New Doctor”, os supervisores pedagógicos têm de ser treinados, avaliados e subsidiados devidamente. Há garantias de financiamento próprio a atribuir aos superiores pedagógicos, e prevê-se que a respectiva preparação esteja concluída em 1999.

Neste esquema de formação clínica no “pre-registration year” intervém uma outra personagem fundamental, a dos “postgraduate medical deans”, cabendo-lhes duas funções principais: transferir as recomendações do GMC para o ano de estágio clínico, integrando-as no *curriculum* pedagógico e, em segundo lugar, acompanhar e avaliar o rendimento e actuação dos supervisores pedagógicos, dando-lhes o apoio que se verificar indispensável.

O programa acima descrito sucintamente reflecte a profundidade e sentido de responsabilidade, cívica e política, de uma sociedade evoluída. Demarca também diferenças quanto à forma como os problemas são analisados e se lhes procura dar uma solução racional. A auto-avaliação dos programas, as opiniões baseadas em resultados concretos, os insucessos dissecados à exaustão para esclarecimento das causas, a convergência de organismos e instituições diversas para a resolução de um problema comum, definem uma cultura respeitável e uma seriedade de processos que muitos de nós desejaríamos partilhar e transpor para o nosso meio.

A preocupação fundamental do sistema inglês consiste em ter clínicos preparados para solucionar problemas médicos, para preservar a saúde e a vida dos doentes que lhes estão confiados e para que estes não sejam prejudicados por incompetência clínica. As preocupações dos médicos e da sociedade inglesa naquele âmbito são, sem sombra de dúvida, semelhantes às portuguesas e, decerto também, às de muitas outras pelo mundo fora. Todavia, o que caracteriza as propostas contidas no “The New Doctor”, e são inexistentes em muitas daquelas outras sociedades, é que resultam do pensamento e empenhamento dos próprios médicos, uns com funções docentes e outros somente clínicas, convergindo organizadamente para um propósito comum,

a resolver com pragmatismo: *garantir a qualidade responsável do acto médico*.

Não se antevêm nas recomendações apresentadas aquelas sugestões avulsas adiantadas por alguns iluminados e que, de um dia para o outro, aparecem em letra de forma e prontas para legislação. Não se vislumbram sinais de estratégias e táticas preparadas em departamentos governamentais que tenham decidido regulamentar o ensino médico e a própria profissão, sem desta quererem saber nem de opiniões nem de recomendações específicas. Também não se antevê a rigidez de uma burocracia paralisante subjacente a autonomias universitárias bem-intencionadas, como continua (ainda) a suceder entre nós, nem se vislumbram sinais de que a flexibilidade funcional exigida pelas instituições que ensinam Medicina e têm responsabilidades clínicas seja condenada a normas que regulam toda e qualquer repartição pública.

Na realidade, o sistema apresentado parte do princípio de que é necessário preparar médicos competentes e, para isso, há que garantir-lhes locais de aprendizagem, docentes preparados e uma organização global responsável pela formação e pela sua integração profissional. Tudo isso reporta-se à experiência adquirida no modelo anterior, ao longo de décadas e de sucessivas aproximações pragmáticas, bem como pelo diálogo responsável e convergente entre representantes da classe médica e universitários.

Este diálogo também já existiu em Portugal em data recente, aquando da preparação das recomendações da Comissão Internacional para a Revisão do Ensino Médico (CIREM). Nessa altura foi possível sentar à mesma mesa docentes e discentes representantes das Faculdades de Medicina, da Ordem dos Médicos, dos Ministérios da Saúde e da Educação, e daí obter-se um documento que incorporava as intenções de mudança do ensino inglês, nomeadamente no 6º ano para exercício clínico, que tem muito das propostas enunciadas pelo “pre-registration year”. Através destas recomendações, posteriormente concretizadas por um Grupo de Trabalho, projectava-se substituir o internato geral pelo estágio do 6º ano, após o qual os médicos iniciariam o internato complementar. O resto da história é sobejamente conhecido. Algumas daquelas representações deram o “dito pelo não dito”, e as Faculdades de Medicina e os seus alunos ficaram no terreno com uma “mudança curricular na mão”. De momento, as Faculdades de Medicina estão nas mais diversas fases da tal mudança curricular; umas quedaram-se pelo 6º ano, outras mudaram o 3º e, finalmente, outra alterou o 3º e também o 6º ano. Finalmente, não há qualquer legislação publicada sobre a reforma curricular do ensino médico português que consagre as recomendações concretizadas e aprovadas por portaria conjunta dos Ministérios de tutela em 1994.

O objectivo próximo do “The New Doctor”, que deverá ser também o do novo programa curricular em desenvolvimento nas Faculdades de Medicina Portuguesas, consiste em preparar médicos para situações reais, com

competência para actuarem *desde o primeiro dia* em que sejam autorizados a exercer a profissão. Nesse primeiro dia tudo poderá suceder a um jovem médico: ele terá que saber enfrentar as mais diversas dificuldades, dar-lhes a melhor solução e, sobretudo, não prejudicar o doente. Para isso, o curso de Medicina terá de ser efectivamente profissionalizante e não só uma intenção, embora se reconheça que a formação não acaba no curso, devendo continuar durante toda a vida profissional. Parafraseando uma balada popular portuguesa, o curso de Medicina deverá preparar o estudante (de Medicina) para o “primeiro dia do resto da sua vida...” Resta saber agora se há capacidade, motivação, sentido político e coragem para ultrapassar interesses acomodados, protagonismos despropositados e opiniões “de corredor” que têm impedido as modificações racionais e concretas exigíveis na formação médica.

Reforma do Ensino Médico: meios, requisitos e constrangimentos*

Quando se debate o problema da reforma há que considerar desde logo uma questão de semântica: o termo tem significados diferentes para diferentes intervenientes no processo (Quadro I).

Quadro I – Reforma do Ensino Médico. Interpretações Possíveis

Conceitos	Sistemas/Resultados
• Inovadores	Modificação radical
• Algumas inovações	Alguma modificação
• Conservadores	Inalterado

Há por um lado, a interpretação de que a reforma consistirá na *reformulação radical* de um processo educacional. Esta modificação implica também um conceito inovador, sendo discutível se o meio (médico) estará preparado para um conceito novo de ensino e uma reforma que seja a interpretação desse conceito.

A segunda interpretação possível consiste em *alguma* modificação conceptual que se deverá traduzir em *alguma* modificação curricular, isto é, uma revisão curricular.

A terceira interpretação consistirá em *nenhuma* inovação conceptual, como aceitação da situação actual e resultados semelhantes aos que hoje temos, ou até hipoteticamente piores.

Julgo que em Portugal estamos a viver alguma mistura de todos estes conceitos, e seria bom que nos entendêssemos a propósito da designação de “reforma”. Talvez, neste momento, devamos modestamente falar não em *reforma* mas em *revisão*, aceitando que a verdadeira reforma deve aguardar

* OC – In: Boletim da SPEM 1997; II Série, 7 (2): 14-16. Apresentado na mesa redonda “Reforma do Ensino Médico: Que condições para a Mudança?”. VIII Congresso Nacional de Educação, Coimbra, 30 Jan. 1997.

algum tempo até que todos os intervenientes estejam preparados para ela. Por intervenientes devem entender-se não só os professores mas também os alunos, Ministérios de tutela e também as Sociedades Científicas, a Ordem e os Sindicatos Médicos: todos precisam de estar preparados para uma visão conceptual diferente.

A reforma (e também a revisão curricular) deve ter em vista o que representa a *missão* das Faculdades de Medicina, nas suas variadas vertentes (Quadro II).

Preocupa-nos em especial a missão educacional, mas não poderemos esquecer que, por detrás dela, existe (e exige-se que haja) uma forte componente científica, reconhecidamente indispensável à formação do médico. Será irrealista pensar que o resultado educacional é bom se a formação científica não existir, não só ao nível do corpo docente e da instituição mas, essencialmente, no espírito que imbui a preparação do futuro médico, o qual deve habituar-se, desde cedo, à disciplina do pensamento e da acção científica.

Outras vertentes nucleares da acção das Faculdades de Medicina são a actividade assistencial e a prestação de serviços à comunidade.

Quadro II – Requisitos para a Reforma do Ensino Médico

<p>1. Intervenção e Correção Prévia Aferição e significado da missão institucional nas diversas vertentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educacional • Científica • Apoio assistencial • Socio-económico <p>2. Perfil de Recursos Humanos Requeridos Pessoal (docente e não docente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidades humanas, técnicas e académicas superiores • Disponibilidade • Motivação <p>Alunos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidade para definir critérios e para seleccionar os próprios alunos <p>3. Centros de Formação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modernos ou renovados • Adequados em área e apetrechamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Exemplares, em instalações, manutenção e segurança • Exemplares, em qualidade técnica, científica e assistencial <p>4. Financiamento e Gestão Administrativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financiamento pelo OE com base nas acções e projectos (educacionais e científicos) a realizar • Capacidade para definição de propinas próprias • Capacidade para angariação e gestão empresarial de receitas próprias • Capacidade para selecção e contratação de pessoal necessário às tarefas a desempenhar (docentes e não docentes) com base no orçamento disponível • Capacidade para exonerar pessoal incapaz • Capacidade para diferenciar níveis de remuneração com base nas actividades desempenhadas
--	--

Todas estas actividades exigem condições adequadas quanto a pessoas, estruturas e meios, ao mesmo tempo que se impõe um considerável esforço para a prossecução harmónica destes vários objectivos.

Naturalmente, a vertente educacional destaca-se porque traduz o espírito, a missão de todos os intervenientes no processo.

A realização dos objectivos educacionais dependerá da participação de várias tutelas: da Educação, que financia directamente as Escolas, da Saúde, que faculta as condições para o ensino e o exercício clínicos e, ainda, uma terceira tutela: a da Ciência. Na realidade, desde que o Instituto Nacional de Investigação Científica (INIC) deixou de pertencer à Educação, este Ministério participa de uma forma muito reduzida, quase virtual, nos encargos científicos das Faculdades de Medicina. Em seu lugar o Ministério da Ciência fomenta projectos de investigação científica, embora incidindo a sua acção somente nas instituições ou grupos envolvidos em projectos especificamente apoiados. Daqui resulta que, não havendo financiamento institucional global e adequado à investigação científica, não poderá ser integralmente cumprida a missão das Faculdades de Medicina, as quais terão que limitar-se à vertente educacional, amputada dos contributos científicos referidos, com ressalva de uma minoria dos seus centros de investigação que congregam apoio específico. Na realidade, o financiamento por parte do Ministério da Educação tem sido pautado exclusivamente pelo rácio entre discentes e docentes o que, obviamente, limita o cumprimento de todas as dimensões da missão institucional.

Importa considerar, de seguida, os aspectos inerentes aos intervenientes no processo e metodologia implícitas. Os docentes, naturalmente, deverão ser de grande qualidade, tanto em termos científicos e humanos como profissionais, estarem disponíveis para os alunos, serem capazes e motivados para os estimular e apoiar, num ensino que não é só de aulas magistrais mas deve incluir a acção presencial do tutor. Estamos a falar de uma revisão curricular que pretende ter tutores que ajudem o aluno a aprender activamente, e não só “ensinantes” que se limitem a transferir conhecimentos a alunos passivos. A revisão curricular que se deseja pressupõe docentes com este perfil. Docentes que seria bom contratar e “descontratar” com flexibilidade, para que a estrutura e o sistema funcionem bem.

Cada vez mais – sobretudo se o ensino incluir desde o primeiro ano acções pedagógicas preliminares em centros de saúde, hospitais e equivalentes – será necessário contar com a participação de docentes que aceitem ser contratados por períodos reduzidos, e incluir a colaboração de enfermeiros e outros técnicos de saúde/que se verifiquem indispensáveis no processo do ensino.

Pretende-se que os futuros profissionais médicos sejam competentes, tenham sentido humanístico e que *saibam fazer e estar*, para além da mera

sabedoria científica. Estas qualidades adquirem-se no ambiente apropriado de centros académicos e clínicos exemplares. Infelizmente a realidade continua a ser diferente e desanimadora, porque os hospitais e outras instituições de saúde onde decorre o ensino estão muito longe de serem exemplares. Macas nos corredores, desorganização, lixo espalhado, queixas dos doentes, são algumas das realidades quotidianas impensáveis e impossíveis em áreas de saúde e de formação pedagógica. Estes aspectos têm de ser corrigidos.

Os centros de ensino não podem limitar-se aos hospitais. O sistema actual está a formar médicos no sentido global do termo, com conhecimentos nucleares que quase só aprendem clínica em ambiente hospitalar. Todavia, a generalidade da patologia comum é observada e tratada em ambulatório, e essa continua a ser uma área da aprendizagem quase lacunar. A realidade do futuro médico incluirá cada vez mais docentes em ambulatório e no domicílio, e menor actividade hospitalar. É pois indispensável que, nas proximidades do hospital escolar, em perfeita integração com este e outras vertentes complementares, exista um centro de saúde com actividade pedagógica inerente. Isto significa o alargamento do cenário restrito do hospital escolar ao conceito de *Centro Hospitalar Universitário*, adequadamente apetrechado em meios técnicos e humanos para prover às funções assistenciais e pedagógicas em ambiente hospitalar e extra-hospitalar. O regime de financiamento do sistema do ensino pretendido não pode ser ignorado. O *rácio* imposto às Faculdades de Medicina (um docente por seis alunos) não tem em conta as especificidades do ensino pré-clínico e clínico, nem a complexidade e responsabilidade de que se reveste a formação médica. Para obviar a estas dificuldades e na pretensão de colmatar provisoriamente uma situação tão delicada, algumas Faculdades têm recorrido a docentes voluntários que se disponibilizam a dar uma ajuda na formação médica. Todavia, não se poderá continuar neste sistema, em que uma parte substancial do ensino clínico é promovida por docentes voluntários. Nem a instituição, e muito menos os alunos, podem estar expostos às imponderabilidades profissionais que este regime propicia. Acresce que os docentes têm que receber uma remuneração condigna ao exercício de uma dupla profissão: serem médicos e também docentes de primeira qualidade. E a qualidade tem preço, como bem demonstra o mundo empresarial. O regime actual tem que ser revisto.

O financiamento não pode ter em conta somente o pessoal: é indispensável que haja equipamento e consumíveis necessários. Para que o aluno aprenda a fazer é indispensável que haja *o quê e como* o fazer.

As dificuldades actuais do sistema administrativo são conhecidas (Quadro III).

Quadro III – Constrangimentos à Reforma do Ensino Médico***Externos***

- Centralização
- Regime de contabilidade e administração públicas
- Interpretação do conceito de autonomia universitária
- Intervenções sindicais no processo pedagógico-científico

Internos

- Conservadorismo e acomodação do pessoal docente e não docente
- Incentivos nulos e não competitivos

Há normas da contabilidade pública que requerem flexibilização (prevista mas nunca viabilizada) na Lei da Autonomia Universitária. A autonomia institucional tem de ser por isso desenvolvida. Deverá ser possível seleccionar e rejeitar pessoas, ter a capacidade de decidir sobre o destino dos saldos e da utilização preferencial do financiamento, sem as restrições actuais. É necessário que o sistema possibilite, contratações flexíveis e a selecção das pessoas indispensáveis. Se as Faculdades de Medicina pretenderem uma rede informática ou a *Internet* nas actividades de investigação e ensino, pode haver recursos para a instalar mas não haverá quem faça a gestão e a manutenção do sistema, porque os técnicos necessários ganham hoje no mercado privado tanto ou mais do que um professor catedrático (o que não é difícil), além de que os quadros de pessoal não prevêm essas categorias. Claro que para dispor daqueles benefícios tecnológicos haverá que cuidar do pagamento adequado, com largueza suficiente da capacidade de gestão institucional e sem os constrangimentos actuais impostos pelo Tribunal de Contas. Inúmeros exemplos como este poderiam ser citados, que não abonam à funcionalidade de um sistema universitário dependente de adaptações constantes e com exigências técnicas e tecnológicas inultrapassáveis no enquadramento actual.

Finalmente, para que o sistema possa funcionar bem, teremos que seleccionar os nossos alunos. Não faz sentido que as Faculdades de Medicina admitam alunos só porque estes atingiram uma média académica elevada no ciclo pré-universitário, sem que se conheçam as suas motivações, capacidades humanas intrínsecas e carácter. A formação académica pré-universitária (ou melhor, as classificações que presumivelmente as definem) não é garantia, só por si, de os candidatos a Medicina terem formação mínima indispensável à prossecução efectiva da aprendizagem e profissão médicas. Devem ser as Faculdades de Medicina a definir o perfil dos novos alunos, exige-lo e, a partir desse nível, iniciar a formação do futuro médico desde o 1^o ano do curso.

Concluindo, são da mais variada ordem os constrangimentos internos e externos que dificultam (quando não impedem) o enquadramento pedagógico-científico do futuro programa curricular. Dos externos já foram enumerados os mais relevantes. De entre os problemas internos, destacaria a falta de vontade para a mudança que, infelizmente, é uma realidade.

A renovação do programa curricular apresenta-se assim com grandes condicionamentos, que importa resolver. Alguns poderão ser solucionados pelas Faculdades de Medicina, mas outros (há muito tempo identificados) exigem uma solução política, em que participem todos os intervenientes no processo, de que resultem mecanismos que eliminem os obstáculos supérfluos (ou artificiais) e possibilitem a renovação do sistema de formação médica pré-graduada. A Sociedade Portuguesa de Educação Médica está disponível para colaborar inteiramente na consolidação de um sistema credível e eficaz, que tenha por objectivo fundamental *uma melhor educação médica para uma melhor assistência clínica e um constante progresso da ciência médica*.

O Sentido da Educação Médica*

Ensina a Filosofia que a definição do *sentido* de algo dá-lhe a orientação, o conteúdo, os valores e também o seu significado.

Fernando Savater, catedrático de ética na Universidade do País Basco, lembra-nos em “El Valor de Educar” que, mais do que saber o que é educação, interessa estabelecer o que se pretende dela. Isto equivale a dizer que não chega preparar o educando para exercer uma profissão mas, sobretudo, há que transmitir-lhe a capacidade para a valorização constante, para a procura do conhecimento e, por fim, para a transformação desse conhecimento.

Numa outra perspectiva poder-se-ia adiantar que mais importante do que o *conteúdo* que se aprende será o *modo* como se aprende. Por conseguinte, em vez da primazia tradicional no conhecimento específico sobre determinado assunto e a escolaridade disponível para o seu ensino (leia-se transmissão unidireccional), a matéria utilizada nos programas educacionais serve (ou deverá servir) essencialmente como instrumento de trabalho (formativo). De facto, nada garante que determinada matéria seja, pelo simples facto de existir, formadora. Poderá ser informativa e, como conteúdo, ter um determinado período de evocação (pelo portador) e prazo de validade (como ciência). Todavia, nem a matéria nem a escolaridade são, por si, suficientes para assegurar a contribuição requerida, que é o desenvolvimento intelectual do educando. Assim, em lugar de se restringir o ensino ao propósito do *quê*, há que incentivar a resposta ao *para quê* e ao *como*.

As escolas servem (ou deveriam servir) para ajudar a formar pessoas que aprendam a utilizar o conhecimento com sensatez e, sobretudo, sem causar prejuízos a quem aplicam esse conhecimento. Por isso, as considerações anteriores recaem também na educação médica, o que não significa, necessariamente, que as realidades se sobreponham às intenções expressas. De facto, a educação médica é, em múltiplos centros formadores, habitualmente confundida com informação maciça sequencial, intercalada por avaliações que procuram comprovar capacidades repetidoras de conhecimentos, de gestos e

* NE – In: Boletim da SPEM 1997; II Série, 7 (3): 1-2.

actividades. Talvez por isso tenham sido favorecidas conclusões simplistas (e aberrantes) em alguns sectores de responsabilidade pública, tentadas a considerar a licenciatura em Medicina como um curso de formação de técnicos superiores, destinados essencialmente a empregos no Serviço de Saúde.

Todavia, as Faculdades de Medicina privilegiam os objectivos nobres da perpetuação de uma profissão respeitável e indispensável. Para tal seria de começar pelo princípio, isto é, pela *selecção* dos futuros continuadores. Porém, é sabido que este requisito essencial ainda não voltou à incumbência das Faculdades de Medicina, estando há longos anos sob o cuidado de um programa informático adstrito à Comissão de Acesso ao Ensino Superior. Segue-se que as Faculdades de Medicina deveriam ter condições de formar (prioritariamente) médicos com *comportamento clínico* apropriado às expectativas dos indivíduos necessitados em cuidados de saúde. É desejável também que esses médicos se tomem conscientes da responsabilidade que lhes incumbe na auto-actualização permanente, durante toda a vida profissional.

O comportamento e a consciencialização das responsabilidades clínicas não são qualidades induzidas pelo conteúdo dos programas curriculares. A vivência clínica, o exemplo dos tutores experimentados, o modelo institucional em que o aluno de Medicina e o jovem médico se desenvolvem, aprendem e trabalham, serão os indutores de atitudes e valores que se desejam perduráveis na actividade profissional. Alexander Astin, da Universidade da Califórnia, sugere que “*o estudante se identifica significativamente com a comunidade académica; as instituições influenciam menos o processo cognitivo do que o comportamento*”. Talvez por essa razão, as interacções positivas entre alunos e docentes, assim como o trabalho em equipa, tendem a contribuir beneficemente para a evolução e diferenciação do comportamento dos alunos de Medicina.

Vem a propósito recordar uma afirmação de Alan Gregg que, a seguir a Abraham Flexner, foi quem mais contribuiu neste século para o suporte e desenvolvimento dos programas da educação médica norte-americana. Dos seus registos pessoais durante a 1ª Guerra Mundial, em que participou como médico militar, e no decurso de uma ofensiva em que se sucediam feridos que requeriam anestesia, deixou escrita a seguinte observação: “*O que realmente interessa não é fazermos isto ou aquilo bem...mas quanto nos interessamos pelo que fazemos*”.

O ensino tradicional, acoplado à “corrida de obstáculos” em que se torna a avaliação sumativa das diversas matérias, confere preparação académica padronizada. Isto é, teoricamente todos os alunos virão a atingir (ou poderiam alcançar se o quisessem) idênticos resultados finais. Na generalidade dos casos sucede que as “pérolas” deste conjunto são os que têm maior capacidade de retenção e evocação de conhecimentos, *esses* que os examinadores privilegiam. A capacidade de compreensão e de resolução dos problemas e a

destreza psicomotora são também qualidades que distinguem, embora nem sempre sejam valorizadas, em especial se não constarem do rol das competências pré-definidas para avaliação. Porém, independentemente do que o educando sabe ou está apto a fazer, nem sempre o avaliador está interessado (ou disponível) em conhecer o educando, caracterizá-lo como pessoa, depois como aluno de Medicina e, por fim, como futuro médico. *Antecipar as qualidades* do aluno pela sua predisposição para se manter actualizado, para assegurar um constante desenvolvimento intelectual e, também, o potencial que possa existir no aluno que “dá-as-respostas-que-o-professor-quer” seriam também factores a valorizar no futuro profissional, mas que dificilmente são conseguidas.

Na realidade, a evolução e a preparação do comportamento do futuro clínico numa perspectiva holística – em que se incluam com idêntica valorização, por exemplo, a competência, a integridade, o sentido ético, a solidariedade e a compassividade – não constituem objectivos perseverantemente perseguidos pelo sistema de formação médica contemporânea. Por serem valores indissociáveis da Medicina e, em particular, da prática clínica, há plena justificação para correcções profundas no actual sistema de formação médica. As modificações superficiais de “cosmética” habitual, em que se alteram as designações, se actualizam (leia-se aumentam) os conteúdos e/ou as escolaridades das disciplinas, designando o processo por “reformas curriculares” não merecem tanto esforço e discussão.

O que se pretende, o que verdadeiramente interessa, é reorientar o *sentido da educação médica* para satisfação dos cuidados de saúde hoje necessários, para enfrentar as exigências clínicas futuras e para garantia e progresso da Medicina.

Das intenções à acção*

O desenvolvimento do novo plano curricular, que as Faculdades de Medicina decidiram empreender a partir do ano lectivo de 1995/96, decorre com as dificuldades e incertezas que se conhecem. Agora, que o novo currículo passou a abranger o primeiro ano do ciclo clínico, atinge-se também o momento decisivo das intenções proclamadas na “Iniciativa de Lisboa”, em 1988, e das propostas elaboradas pelo CIREM e pelo Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico, respectivamente em 1993 e 1994.

Entende-se que o momento é decisivo porque, sem as soluções mínimas há muito reclamadas pelas Faculdades de Medicina (ainda antes de se falar em reforma), deixa de haver condições que assegurem o funcionamento daquela revisão curricular. Adicionalmente, perder-se-á um enorme capital de esperanças e motivações (de docentes e alunos) que, em particular nestes últimos anos, vêm suprimindo carências logísticas e limitações de recursos humanos, de outro modo desastrosas para a qualidade da formação médica.

Nesta perspectiva sombria antevê-se uma luz, acesa pela reunião de Caparide, em 16 de Janeiro de 1998. Nesse evento, os ministros da Educação e da Saúde reuniram-se com os representantes dos estabelecimentos públicos de ensino médico, na presença dos directores-gerais e directores dos departamentos dos dois ministérios e do presidente da Ordem dos Médicos, para ouvirem, de viva-voz, o que havia a dizer por parte das Faculdades e o que havia a fazer pelos governantes para solucionar as carências médicas identificadas a nível nacional.

Na sequência das conclusões da reunião de Caparide, o Governo criou uma comissão para analisar e preparar uma proposta de legislação integrada sobre o ensino médico, nomeou um grupo de trabalho para preparar um plano estratégico para a formação médica (incluindo a formação continuada, modelos de articulação entre as instituições de saúde e as faculdades de medicina, e entre a formação pré-graduada e a pós-graduada), e designou um outro grupo de trabalho para elaborar uma proposta para a criação de (pelo menos) uma nova unidade pública de ensino superior no domínio da saúde.

* NE – In: Boletim da SPEM 1998; III Série, 8 (1): 1-2.

Por todos os motivos, quer pela oportunidade do debate aberto que se gerou entre as partes em presença quer pelas medidas governamentais que daí resultaram, a reunião de Caparide deverá ser entendida como uma referência comparável à “Iniciativa de Lisboa” e, também, como uma etapa fundamental para um modelo racional e eficaz da formação médica.

Porém, como alguém disse, “*as coisas não são difíceis de fazer, o difícil é dispormo-nos a fazê-las*”. E assim, o que poderá ser uma partilha de propósitos comuns, tenderá para um total desacerto se os objectivos a curto prazo, a gerir pelos órgãos governamentais, pesarem mais nas decisões do que a missão das instituições de ensino médico ou do que a conjuntura em que devem ser analisadas as assimetrias da cobertura assistencial do País.

Às Faculdades de Medicina cumpre fixar metas a longo prazo (em que todos se revejam), definir planos, estabelecer estratégias e visar resultados específicos. Estes resultados traduzem-se na qualidade de profissionais a licenciar e nas mudanças que projectam na sociedade onde virão a actuar.

Nesta perspectiva as Faculdades de Medicina são indistintas da generalidade das instituições de ensino universitário. A diferença essencial reside nas competências e nos serviços a prestar por cada tipo de licenciados. Todavia, em qualquer dos casos, não se afigura benéfico para o sistema que o desenvolvimento da sua estratégia educacional seja coarctada por decisões acidentais e/ou pela irresolução continuada das carências e constrangimentos inadmissíveis.

A estratégia educacional das Faculdades de Medicina assenta em três premissas incontornáveis: em primeiro lugar, *todos (ou eventualmente todos) os alunos de Medicina são futuros médicos* e, como tal devem ser preparados; em segundo, de acordo com o novo plano curricular, *a educação pré-graduada visa a formação do médico pluripotencial*; por fim, *quanto melhor for a formação médica melhor será a assistência clínica*.

É sabido que toda a estratégia pressupõe um plano de actividades, desenhado para os objectivos que constituem a missão institucional. Esses objectivos (gerais e específicos) perspectivam resultados, isto é, requerem acção. Sem acção não há resultados, não obstante a missão ser conhecida, o plano ter sido minuciosamente pensado e haver legislação a enquadrá-lo, que a todos satisfaça. Todavia, todos estes estudos, que em geral representam muito tempo e trabalho, não passam de *intenções*. Para que as intenções se convertam em resultados concretos há que passar à *acção* e, para esta, há que preparar uma *estratégia*.

É desnecessário recordar o que tem representado para as Faculdades de Medicina, e para os seus membros mais empenhados, a multiplicidade de planos e reformas do ensino médico por concretizar ou que, tendo começado, degeneraram novamente no que se pretendia modificar.

Para que assim não suceda, para que o actual processo de revisão não seja mais um acto de boas intenções, há que identificar e reavaliar os resultados pretendidos, definir o rendimento e a qualidade do sistema formador, identificar capacidades e carências, preparar soluções concretas e, depois, propor e reclamar do Governo a decisão que as possibilite. Fundamentalmente, há que assumir essas soluções com responsabilidade (individual e colectiva), na certeza de que serão os professores das Faculdades de Medicina os líderes naturais de um processo de mudança (formativa e funcional) que se afigura inadiável.

Dificuldades e desafios da alteração curricular*

1. Há cerca de um mês, aquando da assinatura do protocolo de afiliação com dois Hospitais da Região de Lisboa, foi decidido divulgar um esquema do que se entende serem as linhas fundamentais de desenvolvimento do novo plano curricular da FML.

Tomando em conta que “*nunca a história está acabada*”, também aqui a representação curricular foi concebida – e deverá ser interpretada – como peça preliminar e, como tal, incompleta, a requerer a participação empenhada dos docentes e discentes da FML. Todavia, parte substancial da mudança pretendida depende de condicionalismos exteriores, de modelos de funcionamento e, finalmente, de decisões políticas enquadradas no regime de autonomia das instituições universitárias.

2. Deixando de lado por agora as influências e pressões exteriores que actualmente impendem nas escolas médicas, afiguram-se oportunas breves anotações sobre as origens e conceitos que delimitam o currículo em desenvolvimento na FML, em antecipação a uma próxima e mais alargada divulgação junto de todos os seus membros. O plano em curso baseia-se nas recomendações da Comissão Interministerial da Revisão do Ensino Médico (CIREM) e no relatório do Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico (GTREM) que se lhe seguiu. Como tal, o curso de licenciatura decorrerá em 6 anos, com escolaridade mínima de 5.500 horas, visando a formação de médicos pluripotenciais. No final do 6º ano “*de ensino orientado e programado*” (na realidade previsto para 15 meses) o aluno será considerado licenciado em Medicina. O plano curricular previsto para a FML baseia-se naqueles princípios, embora não respeite integralmente todas as propostas enunciadas pelas comissões referidas. O mesmo sucedeu ou estará a ocorrer nas restantes escolas médicas do País.

3. Na realidade, as recomendações da CIREM e o relatório do GTREM, apesar de apresentados, respectivamente, em 1993 e 1994, nunca tiveram legislação de suporte. Deste vazio real de 4 anos resultou um complexo

* NE – In: Agenda da FML, 1998; 82:1-2.

desacerto no desenvolvimento curricular nas cinco escolas médicas nacionais. A descoordenação e a variabilidade curriculares atingiram o máximo, no modo como cada faculdade interpretou o ano de exercício programado e orientado. Enquanto nuns casos o 6º ano está a ser entendido como um período de estágio clínico pleno, noutras instituições médicas pouco difere dos 4º e 5º anos do ciclo clínico. Nesta perspectiva de contornos surrealistas, a que acrescem reais (e ainda insolúveis) dificuldades no ensino clínico, não surpreenderão as reticências com que algumas recomendações inicialmente advogadas para o novo currículo médico foram recebidas pelos organismos governamentais e profissionais de âmbito médico.

4. Naturalmente que esta lamentável situação jamais sucederia se as alterações curriculares tivessem sido apoiadas com a convicção de mudança que se reclama (va), e o sentido de organização exigida pelos assuntos que são importantes. Em seu lugar, as comissões e grupos de trabalho, que tão meritório trabalho haviam produzido, foram desmobilizados pelos ministérios da tutela, e o tal “assunto importante”, com reflexos implícitos na qualidade da vida de cada indivíduo e de toda uma nação, acabou minimizado como qualquer acto administrativo a ter solução um dia.

Perante o exposto haverá razões de sobra para uma profunda preocupação, quer por parte das instituições de ensino quer dos organismos governamentais e profissionais da área da saúde. O “produto” de cada instituição de ensino será dificilmente comparável com o das restantes se, pelo menos no 6º ano, não for conseguida uma aproximação nos objectivos e métodos formativos.

5. À Comissão de Ensino Médico recém-designada cumprirá delimitar o campo de intervenção do novo programa curricular; decerto também contribuirá para uma solução eficaz dos problemas entretanto gerados. Além das heterogeneidades conceptuais e práticas verificadas, subsiste um outro ponto conflitual que bloqueia, desde 1995, a aceitabilidade das propostas da CIREM e do GTREM. O ponto de discórdia incide no alcance pretendido para o 6º ano do novo plano curricular; naquelas propostas, o último ano do curso de licenciatura teria objectivos profissionalizantes e de substituição do actual internato geral. O recém-licenciado poderia exercer clínica livre por sua iniciativa e prosseguir a sua especialização imediata no internato complementar. Como vantagem salientava-se o encurtamento do período de formação médica em dois anos, que era a duração do internato geral, a ser entretanto extinto e substituído pelo ano de estágio.

6. No período decorrido, e analisada a evolução das atitudes dos principais intervenientes, do enquadramento educacional e dos recursos disponibilizados para aqueles objectivos, haverá que concluir que “uma das mãos está cheia de nada, e a outra de coisa nenhuma”.

Nada mudou no sistema educacional que permita optimismo minimamente satisfatório. Também a funcionalidade das unidades de saúde disponibilizadas para o ensino continua inaceitavelmente dissociada dos objectivos e exigências logísticas requeridas para um ensino médico de qualidade. Não há ainda garantias de que a aprendizagem durante o ciclo clínico seja substancialmente superior à que vem sendo desenvolvida, e, mais importante ainda, que o ano de estágio clínico reúna as condições formativas e possibilite a aquisição de competências que o permitam distinguir o actual internato geral.

Por conseguinte, prosseguir naquele propósito inicial seria uma atitude desaconselhável. Nesta perspectiva justifica-se que o ano de estágio clínico conceda o grau de licenciatura, o qual dará acesso à inscrição na Ordem dos Médicos e ao internato geral. Neste cenário uma exigência parece medianamente racional: é que o futuro internato geral seja diferente do actual, dando continuidade (imaginativa) ao estágio clínico do novo programa curricular.

7. Não se exclui, uma vez corrigidas as carências e consolidada a mudança indispensável no sistema de ensino clínico, que seja finalmente viabilizada a proposta formulada em 1994, em que o estágio clínico substitui o internato geral. Mas não agora.

8. Neste enquadramento conceptual foi preparado o referido esquema curricular da FML. O 6º ano está previsto para estágio clínico repartido por seis áreas fundamentais (Medicina, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde Mental, Clínica Geral e Saúde Pública), a que acresce uma área optativa. Neste ano terminal haverá lugar a um conjunto de seminários sobre aspectos fundamentais da vida clínica e de política da saúde. O curso médico e, em particular os anos do ciclo clínico, deverão ser perspectivados para as realidades da Medicina, do homem e do meio em que o futuro licenciado terá de intervir desde o primeiro dia. Aprender a saber, a saber pensar e a praticar Medicina são aspectos fundamentais para o futuro clínico, a serem desenvolvidos e acompanhados do princípio ao fim do curso. Neste desenvolvimento, que culmina na aquisição de conhecimentos, de desempenhos e de atitudes, será indispensável conciliar a técnica, a cultura e os valores humanistas. A impregnação científica do curso será igualmente fundamental, como meio e não como fim, para uma sólida preparação intelectual do conhecimento médico e como treino do “saber – pensar” indispensável à resolução dos problemas actuais e do futuro.

9. No fundo, pretende-se a mudança para uma cultura médica mais esclarecida, em que o conhecimento, a ciência e a prática clínica perspectivem o homem global que sofre, que procura ajuda ou simplesmente deseja continuar saudável.

A bem dizer, e à face das dificuldades e obstáculos de hoje, o que se pretende é “somente” a utopia. Mas, afinal, não é o “*progresso a realização das utopias?*”

Para um novo Paradigma do Ensino Médico*

1. O 4^o ano do novo programa curricular terá início no dia 1 de Outubro próximo, isto é, daqui a dois meses. Teoricamente, tudo e todos deveríamos estar preparados para a mudança implícita do que se designa por “novo programa curricular”. “Tudo” significa as estruturas e instalações, os conteúdos e processos de ensino-aprendizagem, os recursos humanos adequados e outros pormenores indispensáveis ao desenvolvimento eficiente e eficaz de qualquer actividade prioritária para o bem-estar da sociedade. Também não haverá dúvida sobre a identidade de “todos” os que deveriam estar preparados para o novo 4^o ano. A dificuldade está em saber se existem (em qualidade, motivação e número), para enfrentar as exigências do novo modelo de formação médica que se pressupõe e pretende, na mudança curricular em execução.

2. Fazendo um rápido balanço ao imenso trabalho desenvolvido pelas diversas comissões do programa curricular, em colaboração estreita com os professores coordenadores e regentes da maioria das disciplinas, que se disponibilizaram a participar activamente no processo, é grato concluir que se atingiram consensos e, também, uma maior consciencialização pela realidade e constrangimentos que vêm dificultando o ensino médico pré-graduado na Faculdade de Medicina de Lisboa (FML).

3. Nestas múltiplas reuniões foi analisado o ciclo clínico em conjunto e, progressivamente, foram definidas metas para o estágio pré-licenciatura que substituirá o actual 6^o ano do curso médico. De acordo com as recomendações da CIREM (1993) e do Grupo de Trabalho que se lhe seguiu (1994), o estágio pré-licenciatura incluirá o exercício clínico orientado para a formação do médico pluripotencial, em seis áreas obrigatórias: Medicina, Cirurgia, Saúde Materna e Infantil, Saúde Mental, Saúde Pública e Clínica Geral. Para que o ensino-aprendizagem nos 4^o e 5^o anos do curso confira aos alunos a preparação teórica e prática indispensáveis para um estágio pré-licenciatura produtivo e eficaz em cada uma daquelas áreas, foi definida uma matriz de formação obrigatória a que acresce a área de Neurociências no 4^o ano. No

* NE – In: Agenda da FML, 1998; 89:1-2.

seu conjunto, o ensino da Medicina, Cirurgia, Pediatria e Psiquiatria – Saúde Mental será estratificado ao longo dos três anos do ciclo clínico, localizando as restantes áreas no 4º ano (Neurociências), ou no 5º e 6º anos (Ginecologia-Obstetrícia e Clínica Geral-Saúde Pública).

4. O agrupamento das diversas disciplinas de cada domínio ao longo do ciclo clínico requer um novo modelo de interacção e de ensino-aprendizagem integrados, a desenvolver nos diversos cenários de actuação médica e a culminar num exame anual comum a cada uma das áreas.

5. A aprendizagem (que se pretende tutelada) dos alunos deverá incidir nos conhecimentos pertinentes e num conjunto de gestos e aptidões técnicas, identificados e escalonados ao longo de três anos do ciclo clínico. Paralelamente, haverá lugar e ocasião para se definirem atitudes e aferirem valores essenciais à prática médica. Para que estes objectivos fulcrais sejam cumpridos é indispensável definir modelos, recrutar e formar tutores.

6. O trabalho da Comissão de Revisão Curricular e das diversas subcomissões e grupos de trabalho que dela emanaram visou, especificamente, a preparação de documentos de trabalho para o desenvolvimento concertado daqueles objectivos gerais. A preparação do 4º ano foi uma das etapas do processo que, por via do calendário, se tornou rapidamente numa meta urgente.

7. A definição do modelo, o levantamento das situações, e a preparação das possíveis metodologias e resoluções não significa, porém, que o trabalho esteja acabado. Falta a sua concretização e, acima de tudo, faltam também bases sólidas para o seu desenvolvimento. Porém, estas carências não podem nem devem tornar-se nos habituais protestos para nada fazer nem começar. Do mesmo modo, o que se começou não deve ser entendido como obra definitiva. A “cultura da avaliação” que está a ser instituída encarregar-se-á de tornar inteligível que tudo que se faz deve ser avaliado e, naturalmente, prever a flexibilidade para subsequentes remodelações.

8. A definição dos modelos exigíveis para actuações concertadas e racionais deverá ser entendida com redobradas cautelas, sem que o ânimo esmoreça. As dificuldades, os equívocos e as resistências habituais em todos os processos de mudança lá estarão. Mas, perante os objectivos cruciais da formação médica que se pretende, e conhecendo-se a lastimável ineficiência do actual sistema, não haverá que hesitar. Nestas circunstâncias, o 4º ano do novo plano curricular apresenta-se como mais um passo num novo paradigma do ensino na FML. É um passo em frente em que não se ignoram as lacunas da estrutura hospitalar nem as insuficiências do sistema pedagógico-científico. Deseja-se, porém, que seja o começo de um novo conceito de ensino clínico na FML, em que todos venham a estar envolvidos voluntária e ou contratualmente à tríplice missão de ensino, investigação e assistência clínica.

Conjunturas e perspectivas para o Ensino Médico na FML*

1. De acordo com o esclarecedor relatório apresentado em Novembro pp. pela comissão nomeada pelo Governo (resolução do Conselho de Ministros nº 45/98, de 28/3) para “elaborar uma proposta fundamentada de criação de pelo menos uma nova unidade pública de ensino superior no domínio da saúde”, não seria justificável criar novas faculdades de medicina no País pelas razões que estavam (e continuam) a ser invocadas em diversos quadrantes da sociedade nacional. Em alternativa, consideravam indispensável “uma alteração radical no currículo médico” e explicitavam um conjunto de “condições de êxito” para que aquele desiderato fosse possibilitado. Consideravam ainda que seria mais económico e muito mais rápido cobrir as carências médicas detectadas “com uma expansão do *numerus clausus* das actuais Faculdades”, mesmo tendo em conta “algum investimento adicional”.

2. Todavia, alguns dias depois, o Governo (por resolução do Conselho de Ministros nº 140/98 de 4/12) decidiu um conjunto de medidas em que se destacam: (a) criação de uma Faculdade de Ciências da Saúde na Beira Interior (na Covilhã) e de um novo curso de licenciatura em medicina na Universidade do Minho; (b) continuar o aumento gradual do número de vagas nos cursos da área da saúde; (c) promover a melhoria do ensino tutorial no âmbito da reestruturação curricular e das novas formas de articulação entre as faculdades e as unidades da saúde; (d) incrementar a investigação (numa parceria dos Ministérios da Educação, da Saúde e da Ciência e Tecnologia) como potenciadora do ensino e melhoria da saúde; (e) regular e articular o contributo e responsabilidades (em parceria dos Ministérios da Educação e Saúde) para a formação no domínio da saúde; (f) regular e articular (em parceria dos Ministérios da Educação, Saúde e Defesa Nacional) o contributo e responsabilidade para a formação no domínio da saúde em relação com as necessidades específicas das Forças Armadas. Aquele conjunto de medidas

* NE – In: Agenda da FML, 1999; 99:1-2.

(extensivas à Medicina e Medicina Dentária, e também abrangendo a formação do domínio da Enfermagem e das Tecnologias da Saúde) recai no Plano Nacional para o Desenvolvimento Económico e Social 2000-2006, em que a saúde é considerada área prioritária.

3. Aquela decisão governamental, consubstanciada pela designação de um grupo de missão em que se integram representantes a designar por seis Ministérios (da Defesa Nacional, das Finanças, do Equipamento, Planeamento e Administração do Território, da Saúde e da Ciência e Tecnologia) com subgrupos de acompanhamento técnico, expressa bem a importância em que estão – finalmente – a ser entendidas a formação, a investigação e a actuação na área da Saúde. Há por isso motivos para encararmos com regozijo as medidas agora tomadas e para aguardarmos com esperança que as propostas que as actuais Faculdades de Medicina vêm apresentando há longos anos venham a ser consideradas, e que os problemas que lhes estão subjacentes sejam finalmente resolvidos.

4. Naturalmente que o desenvolvimento de programas que visam o desenvolvimento e a qualidade da formação médica (abrangendo nesta designação não só o ensino como a investigação e a aprendizagem activa para uma prática assistencial competente) terão de ultrapassar e/ou solucionar inúmeras dificuldades e estrangulamentos há muito identificados. A resistência à mudança, individual e colectiva, será uma das principais dificuldades, senão mesmo a maior. Faz agora 67 anos que no relatório final da Comissão de Educação Médica da Association of American Medical Colleges, era expressamente citado o seguinte: “The Commission has believed from the beginning that an emphasis on educational principles in medical training and licensure can be secured only by modifying the point of view and broadening the interests of those responsible for medical education and licensure, not by recommendation, statute, new regulation, further legislation, or manipulation of the curriculum”.

5. Também entre nós, décadas de ausência de investimento estrutural, de progressiva perda de influência das Faculdades nas áreas clínicas, de investimentos insignificantes na investigação, a par com um modelo de gestão (de funcionalidades e recursos) a requerer adaptações urgentes de modernidade estarão na origem de justificáveis desmotivações e/ou desencorajamentos, passadas e presentes. A extinção dos “hospitais universitários”, decidida em 1975, gerou uma progressiva dissociação do curso de medicina em duas metades distintas, uma governada pelas Faculdades de Medicina, ficando a outra (apesar de abundante legislação publicada e sucessivamente revista) ao sabor de protocolos e de boas relações inter-institucionais. Daqui resultou o

que hoje se vive na FML (e nas outras duas mais antigas Faculdades de Medicina do País): o ensino médico pré-graduado atingiu uma situação crítica, em que o ciclo clínico está na completa dependência das conjunturas e estratégias assistenciais, que paradoxalmente contribuem substancialmente para a resistência a uma mudança, de valor ainda inseguro.

6. Qualquer que seja o resultado final do grupo de missão agora criado para a qualidade e desenvolvimento na área da Medicina, seja com as faculdades de medicina actuais ou com as futuras instituições recém aprovadas, o “nó-górdio” do ensino médico está na articulação das Faculdades de Medicina com as unidades de saúde onde decorrerá o seu ensino. Cabe à FML insistir na resolução imediata das lacunas e deficiências que não se compadecem com planos de solução demorada. A FML, com a aprovação unânime do Conselho Directivo, desenvolverá o seu plano directivo para os próximos 5 anos e, neste conjunto, reinserirá os pontos fracos e carências que urge serem atendidas pelas instâncias superiores, tendo presente no espírito de todos os membros da FML que as soluções terão de ser procuradas, propostas e desenvolvidas por nós. É costume dizer-se que a têmpera dos homens se vê quando despontam as dificuldades. Cabe à FML avaliar as suas forças e capacidades, escolhendo o modelo que mais lhe convém e propô-lo desde já, com confiança no momento único agora propiciado pelo Governo.

Sobre o desenvolvimento do novo plano curricular*

Justifica-se uma palavra de apresentação ao presente volume, em cuja elaboração intervieram directa ou indirectamente muitos dos actuais e anteriores membros, docentes e alunos, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Tal como se diz que “*um discurso não se prepara em dez minutos, nem em dez horas, mas em dez anos*”, também um currículo médico ou, simplesmente, uma revisão curricular, requer muitos anos de trabalho, muita motivação e esforços individuais, e muito empenhamento colectivo.

Rever significa conhecer previamente. Não se revê o que se desconhece, e não se modifica em pertinência o que não se conhece profundamente. O mesmo se passa com a inovação, sendo desejável que *rever* seja efectivamente *innovar*.

A inovação do currículo do curso de licenciatura em Medicina terá de resultar, por isso, de um profundo conhecimento da *arte* médica e da instituição onde decorre a sua aprendizagem. A tradição da Escola e o pensamento que, ao longo de décadas, norteou as actividades e obras realizadas devem ser entendidos como suporte inalienável para as adaptações que venham a ser ditadas pelas circunstâncias e condicionalismos. Porém, nem a tradição deverá significar constrangimento, nem tudo o que se afigurava indiscutível no passado fará pleno sentido nos dias de hoje. Na realidade, as pessoas e ou circunstâncias modificam-se ao longo do tempo, justificando, com Ortega e Gasset, que “*o homem é o que é o que forem as circunstâncias*”.

Tendo em conta o evoluir do pensamento humano e as obras deles resultantes haveria que admitir a existência de vectores imutáveis, não obstante as discontinuidades aparentes de percurso. As raízes consolidadas por Hipócrates na ilha de Cós persistem há cerca de vinte e cinco séculos. Os princípios, os objectivos e a *praxis* médico-doente continuam singularmente semelhantes nos nossos dias, não se afigurando justificável mudá-los. O que

*P – In: “A Revisão Curricular na F.M.L. 1992-1999”, Série Estudos e Documentos FML, 1999; 1:7-9.

se altera, e muito, são os condicionalismos em que decorre a acção médica, exigindo adaptações metodológicas e novos modelos de actuação.

Por conseguinte, a inovação curricular não deverá ser interpretada para uma modificação dos princípios que regem a profissão médica nos seus diversos cenários de actuação mas, fundamentalmente, como uma adaptação às circunstâncias, positivas ou negativas que se antevêm na clínica e no conhecimento médico.

A revisão curricular iniciada nas instituições nacionais de ensino médico, no começo da década, foi objectivamente desencadeada por factores exógenos, designadamente a “World Conference on Medical Education” em Agosto de 1988, em Edimburgo, e a “Iniciativa de Lisboa”, em Novembro do mesmo ano. Porém, é justo reconhecer uma persistente aspiração da Faculdade de Medicina de Lisboa para uma mudança profunda nas metodologias e nas circunstâncias que vinham limitando a eficácia do ensino, e ainda persistem. Foi neste espírito que a Instituição lançou mãos à obra. O presente volume reúne em sequência temporal alguns dos muitos documentos que determinaram a actual revisão curricular, entre 1992 e 1999. Os documentos prévios revelam esse sentimento e as propostas avançadas à época, em que nos orgulha destacar, entre outras, a perspectiva visionária do Professor Doutor José Pinto Correia.

A Secção 1 inclui contributos fundamentais do funcionamento da Escola que abriram caminho à Revisão Curricular, accionada na Faculdade de Medicina de Lisboa pela constituição de uma Comissão de Revisão Curricular, que teve a sua primeira reunião no dia 5 de Junho de 1992.

Na Secção 2 são descritos os principais documentos-síntese das modificações curriculares, cada um dos quais representa muitas outras informações, respostas e propostas individuais por parte dos professores responsáveis pelas diversas disciplinas e áreas de ensino-aprendizagem. Os documentos apresentados devem ser entendidos numa perspectiva histórica. Alguns dos pressupostos e conclusões foram posteriormente readaptados, face às experiências obtidas no decurso da sua implantação e por reflexões posteriores, em que intervieram a Comissão de Revisão Curricular e a Comissão de Acompanhamento Curricular (entretanto criada), as quais integram professores de diversos domínios pedagógico-científicos e alunos dos diversos anos do curso. O desenvolvimento dos trabalhos de revisão requereu múltiplos trabalhos de grupo, em que cabe salientar a profícua e harmoniosa colaboração registada entre professores e estudantes. Adicionalmente, foram criadas subcomissões para reflexão e elaboração de documentos de trabalho sobre temáticas relacionadas.

Na Secção 3 são apresentados os principais relatórios e pareceres que marcaram a evolução do novo programa, que culminaram no programa definido na generalidade e, na especialidade, desde o 1^o e até ao 5^o anos do Curso.

A revisão do programa curricular foi iniciada sob a liderança do Professor Doutor Artur Torres Pereira, director da FML à data e, por inerência, presidente da Comissão de Revisão Curricular. Coube-nos a honra de o substituir no cargo e nas responsabilidades institucionais implícitas após a sua jubilação, dando continuidade a um pensamento institucional definido. Nesta ocasião desejaria prestar a minha homenagem ao Professor Torres Pereira, pela clarividência demonstrada quer na definição da linha de revisão do currículo médico nacional, então como presidente da Comissão Interministerial da Revisão do Ensino Médico, quer pela dinâmica que transmitiu à nossa instituição e propagada até hoje.

Uma palavra de reconhecimento é devido a todos os presidentes de Órgãos de Gestão da FML, actuais e anteriores, que conosco colaboraram e de quem recebemos um apoio generoso e fundamental nas diversas fases do desenvolvimento curricular. Faço extensivo o agradecimento às sucessivas direcções da Associação de Estudantes da FML.

Agradecemos a colaboração e apoio inestimáveis de todos os professores coordenadores e regentes, actuais e anteriores, das diversas áreas e disciplinas do curso, assim como a todos os seus colaboradores em cada domínio pedagógico-científico, que muito contribuíram para a definição do actual texto curricular.

Um agradecimento muito especial é dirigido a todos os docentes e estudantes que serviram nas diversas Comissões e Grupos de Trabalho, referidas na Secção 4, dando concretização às metas definidas. Neste particular desejo salientar e agradecer a colaboração muito empenhada do Prof. Doutor António Barbosa na recolha e organização da colectânea de textos que constituem o presente volume.

O trabalho não se esgota neste volume. A revisão em desenvolvimento do futuro 5^o ano e 6^o anos requer estudos adicionais.

Numa perspectiva mais lata, é admissível que o modelo que se procura instituir seja uma primeira modificação, adaptada às circunstâncias logísticas, funcionais e processos de gestão que delimitam actualmente o ensino médico. É desejável que o plano curricular tenda para uma progressiva integração em grandes áreas de ensino-aprendizagem, com apagamento progressivo dos limites artificialmente criados pelas disciplinas. Todavia, para esse objectivo se concretizar com eficácia, há que preparar formadores, ensaiar processos de integração e, sobretudo, criar condições para o desempenho profissionalizado da formação médica nas unidades próprias que incluem domínios básicos, pré-clínicos e clínicos, em que a Faculdade de Medicina de Lisboa tenha efectivamente capacidade de intervenção e possa justificar plenamente as responsabilidades pela missão que lhe compete.

É por isso uma tarefa gigantesca a que agora proponho a todos os membros da FML, e uma palavra de esperança para quem acredita, como Camus, que o futuro *“começa por darmos tudo no presente”*.

III – PROJECTOS DE REFORMA CURRICULAR NA FML

2 – Objectivos

Entrevista: proposta para um mandato*

1 – Quais os principais desafios que pensa encontrar como novo Director da FML?

D – Os desafios são muitos, e, sem exagero, muitos são também os “desafios principais”, Haverá pois que definir uma escala de prioridades, seleccionando as mais prementes para resolução próxima, embora não perdendo de vista objectivos estratégicos de fundo que devam ser programados desde já.

Num horizonte imediato ressaltam três questões pontuais, todas igualmente importantes, que são: Recursos Financeiros da FML; Revisão Curricular; Formação/Actualização de Pessoal.

Num plano (ligeiramente) imediato situam-se os seguintes problemas: Instalações da FML (Recuperação das Actuais e Construção das Novas instalações); Interfaces Científicas e Funcionais com Instituições Congéneres; Redimensionamento e Selecção de Áreas Prioritárias de Ensino e Investigação (Médica e Biomédica).

2 – Dado o seu particular interesse pelos problemas da Educação Médica, como pensa vir a pautar a sua acção no âmbito da Reforma Curricular em curso?

D – A Reforma Curricular deverá ser encarada como uma medida inevitável e inadiável. Inevitável, porque os objectivos educacionais e os meios disponíveis para os concretizar registaram modificações de vulto nestas quase quatro décadas de duração do actual currículo. Inadiável, porque é claramente urgente adaptar-se o novo currículo às perspectivas de formação médica global, em que a licenciatura não é mais do que a fase de aprendizagem dos conhecimentos e aptidões elementares, a completar escalonadamente durante a vida profissional.

* E – In: Revista da FML, 1994; II, (8-9): 298-299.

Entrevista ao Director da FML pelo Editor da Revista da Faculdade de Medicina.

Porém, para que a Reforma seja efectivamente uma mudança melhor, não se restringindo ao realinhamento de etiquetas e horários escolares, haverá que cuidar de alguns pressupostos. Entre outros, justifica-se que a Reforma assente em filosofia própria, orientada por objectivos claros, e accionada por recursos (humanos e materiais) adequados. É imprescindível que toda a Faculdade se considere envolvida nessa mudança, tendo como finalidade comum a formação de médicos polivalentes que, além de capacidades e aptidões técnicas e científicas, sejam também detentores de sólida formação cultural e humanística. Finalmente, mais do que um projecto a concluir a prazo por motivos administrativos, a Reforma Curricular deverá ser tida por toda a Faculdade como um estado de espírito renovador, apoiada por mecanismos que lhe possibilitem correcções pontuais de trajectória e adaptações a novas perspectivas tecnológicas e sociais.

A revisão curricular em estudo na FML tem sido, e continuará a ser, dinamizada por uma comissão específica presidida pelo Director da FML. Os trabalhos serão intensificados, visando a participação progressiva de todos os agentes de ensino das diversas unidades pedagógicas da FML, a par com intensa colaboração dos discentes, na preparação conjunta do novo programa curricular. O Departamento de Educação Médica dará o apoio necessário aos trabalhos da revisão curricular para que for solicitado e, em fase posterior, acompanhará o seu desenvolvimento, através de indicadores e instrumentos adequados.

Finalmente, haverá que preparar o começo do novo currículo para 1995/96, reservando-se o próximo ano lectivo para algumas iniciativas inovadoras, à guisa de ensaio parcial.

Para tal, não poderemos descurar um cronograma rigoroso, que terá por limite o mês de Maio de 1995, a tempo de se obter a aprovação superior e publicação oficial das modificações curriculares. Isto significa que o novo programa deverá ser discutido e aprovado internamente nos princípios de 1995. O tempo que dispomos é, como se vê, escasso, e terá que ser muito bem aproveitado.

3 – Em termos de renovação da FML como vê a Autonomia da Faculdade?

D – A autonomia das Instituições Universitárias ganhará dimensão real, a fazer jus ao nome, quando se acompanhar de suficiência económica. De outro modo, será mais uma pretensão do que uma realidade. Actualmente, os meios financeiros atribuídos à FML são baseados em indicadores definidos pelo Ministério da Educação, com base nos totais de pessoal e de alunos existentes e previsíveis. A FML (bem como as restantes Faculdades) pouco ou nada interfere nos “plafonds” pré-indicados. Por seu lado, a Autonomia

Pedagógica não nos dispensa de requerer autorização para modificar o plano curricular dos cursos de pré-graduação e pós-graduação. Igualmente, a FML não tem qualquer interferência nos alunos que recebe nem nas provas (ditas) específicas que estes têm de realizar. Resta a Autonomia Científica, efectivamente plena, mas para a qual não é atribuído qualquer financiamento específico. As verbas recebidas actualmente pela FML para investigação provêm do Ministério do Planeamento e contemplam uma minoria de Centros. A progressão científica e (administrativamente obrigatória) dos docentes da FML será, por isso, dificultada pela inexistência de verbas para investigação.

Considerando o exposto, haverá que criar alternativas urgentes, que passam pela captação de recursos externos e pela prestação de serviços especializados, a que diversas unidades funcionais da FML possam concorrer. A próxima activação da Associação para Investigação e Desenvolvimento da FML possibilitará os meios logísticos necessários àqueles propósitos. Os recursos gerados serão naturalmente redistribuídos em benefício da FML e dos seus sectores mais dinâmicos.

4 – Sabemos que está muito interessado na informatização da FML. Quer informar-nos sobre o seu programa neste campo?

D – A informatização da FML é uma das vertentes cruciais do progresso e desenvolvimento da Instituição. O fluxo da informação simplifica processos (administrativos, pedagógicos, científicos), aproxima pessoas e unidades orgânicas, acelera ideias e projectos. Numa primeira fase será completada a informatização dos Serviços Centrais (direcção, gestão e administrativos) e será reforçada a capacidade operacional da Unidade de Meios Audiovisuais e da Biblioteca. Numa fase posterior, a definir, haverá que interligar todas as unidades funcionais, criando-lhes acesso ao correio electrónico e à captação de informação científica, de momento em fase de instalação circunscrita.

5 – Como novo Director da Revista da FML, quais as linhas filosóficas que pensa deveriam presidir aos destinos do Órgão Oficial da Escola?

D – A FML tem potencial e capacidades para criar uma Revista cientificamente representativa e acreditável. Para tal, são indispensáveis dois passos fundamentais. Primeiro, haverá que redimensionar os meios, reajustar os conteúdos, congregar vontades e colaborações efectivas de todos os membros da FML. Em lugar de esforços desagregados na elaboração de periódicos efémeros ou de difusão circunscrita, há que ambicionar um projecto com

amplitude nacional, senão mesmo internacional, à semelhança de muitas outras publicações de renome. Em simultâneo, haverá que conferir credibilidade e critérios científicos incontornáveis ao que se publica. O prestígio do órgão oficial da FML – que será a sua Revista – não dispensa um Conselho Editorial competente, activo e renovável, capaz de assegurar uma “peer review” qualificada, que tenha igualmente autoridade para recusar o que é menos bom ou não se coadune com os objectivos editoriais.

Julgo que, no fim, todos estaremos de acordo em que o “*espírito de corpo*” e a qualidade superior do que se ensina, investiga e pública, serão as grandes metas a alcançar, muito rapidamente e com firmeza, empenhadamente e em concertação de propósitos, por todos os membros da FML.

Entrevista: “a revisão curricular”***1 – RFML – Porquê esta revisão curricular? Resulta de uma necessidade da Escola ou de uma exigência externa?**

D – A Revisão Curricular em curso na FML deve ser entendida como um processo natural e contínuo, intrínseco à renovação e actualização de qualquer instituição universitária *major*. Por razões diversas de todos conhecidas, mas nem sempre recordadas, a revisão curricular acaba por se transformar num acontecimento extraordinário, como tal passível de desencadear as *pulsões* mais diversas.

Na realidade, o que se pretende fazer é, ainda e tão só, uma *revisão* curricular, não uma *reforma*. As reformas são situações de risco, quase revoluções que substituem em dado momento um sistema por outro. Todavia, para que as reformas sejam bem sucedidas há que ter recursos e um sentimento colectivo, homogéneo. De outra forma será mais uma desilusão, esforços perdidos nos escombros de um sistema que, apesar de deficiente, funciona (va). Todos conhecem bastante bem as consequências das múltiplas “reformas” do sistema educativo em geral, e da formação médica em particular, inclusivamente em sociedades mais organizadas e com disponibilidades bem superiores à nossa. Assim, eu começaria por propor que se abandonasse, nesta entrevista toda e qualquer conotação da revisão curricular com o que se perspectiva numa reforma. Pelo menos na FML, e em particular a nível da Comissão de Revisão Curricular e da Comissão de Acompanhamento, a revisão curricular tem sido entendida como um processo de rectificação e actualização do sistema de ensino médico na FML, tendo como suporte fundamental de actuação o programa, a organização curricular e os recursos (físicos, financeiros e humanos) actuais.

Ainda que a necessidade de uma mudança curricular fosse sentida há muito, não representa uma iniciativa da FML. As suas origens próximas

* E – Revista da FML 1996; Série III, I (3-4): 48-53.

Entrevista ao Director da FML pelo Editor da Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa.

localizam-se em 1988, na 1ª Conferência Mundial de Educação Médica, decorrida em Edimburgo. Dessa reunião emanou a consagrada “Declaração de Edimburgo”, que constituiu o impulso real para múltiplas análises e propostas de alteração curricular e do sistema de formação médica, desde então verificadas a nível mundial. A 2ª Conferência Mundial de Educação Médica, igualmente havida em Edimburgo cinco anos mais tarde, representou o reforço das intenções iniciadas (pedagógicas, científicas e política educacional) e possibilitou a reavaliação dos objectivos atingidos e dos obstáculos não ultrapassados. Logo após a Conferência de Edimburgo em 1988, teve lugar em Lisboa uma reunião, conhecida por “Iniciativa de Lisboa”, formalmente co-organizada pelo Governo Português, pelo Centro Regional da Organização Mundial de Saúde, Federação Mundial para a Educação Médica, e co-patrocinada pela Associação para a Educação Médica na Europa e Associação Europeia de Directores das Faculdades de Medicina. Dessa reunião, que teve a presença de ministros da Educação e da Saúde de vinte e cinco países da Europa, entre os quais os de Portugal, teve origem (Despacho conjunto 26/ME/89) a Comissão Interministerial de Revisão do Ensino Médico (CIREM), substituída em 1993 por um Grupo de Trabalho, igualmente dependente do Ministério da Educação e da Saúde (Despacho conjunto de 20/5/93). As directrizes gerais para a revisão curricular, desde então accionadas nas Faculdades de Medicina nacionais, foram emanadas daqueles dois organismos de nomeação governamental. A concretização das características gerais e duração (de 6 anos) do ensino pré-graduado que visa a formação do médico pluripotencial, a ter continuação no ensino pós-graduado, foi definida pela CIREM. O grupo de trabalho que se seguiu teve por missão construir o articulado legal em que devem assentar aquelas propostas. Algumas dificuldades, sobretudo fruto de indefinições que há muito vêm sendo cultivadas entre os principais intervenientes (individuais e colectivos) na área médica, têm retardado a publicação da legislação apropriada, sem que daí resulte qualquer benefício, antes pelo contrário.

Portanto, e respondendo à pergunta inicial, depois desta incursão pelos antecedentes que me pareceram essenciais, poderei responder que a revisão curricular não foi (paradoxalmente) a consequência lógica de uma exigência institucional (que de facto existia) mas fruto de indução exterior, por sua vez inspirada em recomendações internacionais.

2 – RFML – Qual a metodologia que está a ser seguida na revisão curricular?

D – Inicialmente, ainda em 1991/92, foi criada na FML uma Comissão de Revisão Curricular (CRC) que integrava representantes dos órgãos de gestão, delegados dos docentes e dos discentes. Esta Comissão fundamentou os seus

trabalhos iniciais nos relatórios apresentados por dois grupos de professores, designados pelo Conselho Científico, que procederem ao levantamento sistemático das realidades e propostas formuladas por cada um dos regentes das disciplinas obrigatórias do curso. Entre 1992 e 1994, a CRC debateu genericamente o conteúdo e a organização possível do futuro plano curricular, em particular dos dois primeiros anos. A partir daí entendeu-se indispensável que o trabalho da CRC tivesse representatividade alargada, quer de docentes quer de discentes. Foi também criada uma Comissão de Acompanhamento (CA). Esta comissão recebeu como primeira incumbência o desenvolvimento de uma análise exaustiva da organização, conteúdos, metodologias, e definição do número de créditos de cada uma das disciplinas dos dois primeiros anos do curso. Neste encadeamento foi (e é) fundamental o trabalho conjunto desenvolvido com os professores e regentes das disciplinas de cada ano. A segunda acção principal terá lugar no fim deste ano lectivo, quando os objectivos a atingir e as dificuldades verificadas na concretização das propostas enunciadas em cada uma daquelas disciplinas forem analisados. Este trabalho de retro-avaliação dos êxitos e dificuldades de implantação do plano curricular será particularmente beneficiado com a coordenação pedagógica de cada ano, sob dependência do Conselho Pedagógico.

A actuação coordenada da CRC e da CA aplica-se à revisão do programa curricular dos restantes anos do curso. De momento está em vias de apreciação final o programa do futuro 3º ano, após uma exaustiva série de reuniões de trabalho, com grande empenhamento dos docentes responsáveis. A revisão curricular dos anos clínicos teve uma abordagem inicial similar, de que resultou a definição de seis áreas principais: Medicina, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia, Clínica Geral-Saúde Pública e Saúde Mental. Todas as áreas serão objecto de abordagem sistemática ao longo do 4º e 5º anos do curso. No 6º ano prevê-se o “exercício clínico orientado” em todas aquelas áreas, exceptuando a Saúde Mental. Pretende-se que os aspectos fundamentais para o médico pluripotencial, que fazem parte das áreas de especialização ou subespecialização clínicas mais representativas, sejam parte de um conjunto globalizante e não constituam uma miríade de entidades quase independentes no programa curricular, sem utilidade imediata para o jovem médico. O que não exclui que essas particularidades sejam leccionadas como disciplinas optativas, se assim for considerado oportuno.

Nesta fase de trabalhos há que identificar os domínios (cognitivos, afectivos e motores) essenciais para o futuro médico pluripotencial, localizando a aprendizagem em etapas sequenciais e nas disciplinas mais adequadas. Há que definir também o tipo e nível de conhecimentos básicos e pré-clínicos que se entendem indispensáveis para a formação clínica. Adicionalmente, há que relacionar as diversas matérias e áreas de formação nos planos horizontal e vertical, em grande parte obrigatória, mas sem esquecer as optativas.

No seu conjunto é um trabalho imenso, demorado e por vezes incompreendido, a requerer ponderação, paciência e grande dose de diplomacia. Sem esquecer que, ao atingir o topo do futuro plano curricular, ou seja o 6º ano (para o qual se prevêem unicamente cinco grandes áreas de prática clínica tutelada), haverá que corrigir e harmonizar todo o sistema até à base. Para recomeçar novamente e outra vez, num processo permanente de revisão curricular, que não pode nem deve parar. Para se evitar o que sucede nas reacções bioquímicas, em que o equilíbrio tende a conduzir à estagnação. Sem esquecer que um dia, quando houver condições, a *reforma* acabará por suceder à *revisão*.

3 – RFML – Para quando a sua entrada em vigor? Quais as principais etapas da sua implantação?

D – O novo plano curricular da FML teve início no ano lectivo de 1995/96 para o 1º ano do curso, sendo extensivo ao 2º ano em 1996/97, e assim sucessivamente. Prevê-se que os alunos que ingressaram no 1º ano em 1995/96 atinjam o 6º ano com o novo plano curricular no ano 2000/2001.

4 – RFML – Que alterações fundamentais de conteúdo e métodos traz esta revisão curricular?

D – o novo plano curricular apoia-se em quatro eixos fundamentais:

- Conteúdo nuclear (pertinente, essencial, obrigatório), a par com temáticas optativas;
- Ensino interdisciplinar (coordenado e plurifacetado, enquadrando conceitos temáticos, culturais, éticos e sociais) em interacção horizontal e vertical, visando uma perspectiva de conjunto da Medicina;
- Contacto precoce com situações que exigem decisão e execução práticas;
- Desenvolvimento e estímulo da capacidade de auto-aprendizagem (com implicações na motivação e curiosidade para a aprendizagem, desenvolvimento de capacidades para resolução de problemas, para aprender a fazer e a pesquisar, durante toda a vida profissional).

O ensino assentará num conjunto de áreas de intervenção adequadas à formação médica. Apesar dos inconvenientes reconhecidos, a estruturação curricular assemelhar-se-á por agora ao actual currículo, com algumas inovações conceptuais e metodológicas.

Em *primeiro* lugar, pretende-se que o currículo da licenciatura em Medicina seja essencialmente orientado para a formação de médicos pluripo-

tenciais. Neste pressuposto, o objectivo final deverá ser tido em devida proporção desde o 1º ano do curso. A criação de uma nova disciplina plurifacetada (Introdução à Medicina) a inserir no 1º ano resultou daquele propósito. Em *segundo* lugar, a formação médica não poderá ignorar o essencial à custa de acessório (leia-se especializações ou particularidades científicas); o conhecimento nuclear será de incluir no programa curricular e, como tal exigido. Isso não exclui a possibilidade de cada estudante escolher áreas específicas que entenda serem mais convenientes para a sua formação; as disciplinas optativas (sobre assuntos não necessariamente médico) deverão fazer parte do currículo, numa percentagem de créditos não inferior a 10-15%. *Terceiro*, o programa curricular será aferido por créditos a atribuir a cada disciplina ou área de ensino. *Quartos*, a cada disciplina serão referidos objectivos específicos de formação científica, técnica, humanística e ética; esses objectivos serão aferidos por desempenhos ou gestos (técnicos, práticos), atitudes/valores previamente definidos. *Quinto*, as disciplinas e áreas do curso relacionar-se-ão em crescendo, desde o 1º ano. A coordenação deverá ser horizontal e vertical. Haverá que coordenar matérias mais afins, evitando redundâncias (mediante acordo prévio sobre conteúdos e cronogramas de ensino) e reduzir ao mínimo os exames finais, privilegiando a avaliação contínua (da). Tal não significa que se aconselhe a abolição de exames finais, indispensáveis para aferir da concretização dos objectivos pré-definidos para cada disciplina ou área. *Sexto*, o relacionamento vertical afigura-se óbvio (p. ex. Bioquímica e Fisiologia no 1º e 2º anos; Medicina, no 4º e 5º) e deverá ser uma realidade. Além das disciplinas ou áreas predominantemente horizontais, há outras que têm consistência vertical ao longo do curso, como são as Ciências Sociais, a Medicina Preventiva-Clínica Geral e a Saúde Mental. A intervenção das áreas verticais (com escolaridade e exigência variável) ao longo da estrutura curricular em todos ou na maioria dos anos do curso possibilitará um acompanhamento sequencial em assuntos que privilegiem o humanismo, valores, atitudes e outros aspectos formativos menos técnicos, mas nem por isso menos essenciais para o desenvolvimento das capacidades do futuro médico pluripotencial no começo do século XXI. *Sétimo*, entende-se que todo o futuro médico deva também aprender a executar um projecto de pesquisa científica, seja na comunidade seja laboratorial ou clínico. A par de projectos que deverão ser obrigatórios (projecto na comunidade) outros poderão ser optativos (laboratoriais e/ou clínicos), mas pelo menos um dos tipos deverá ser concretizado. *Oitavo*, haverá que criar espaços próprios de aprendizagem tutelada, p. ex., laboratórios de desempenhos (*skills*) técnicos de medicina e cirurgia; laboratórios de aprendizagem terapêutica e/ou compatibilidade medicamentosa; laboratórios de informática, a par com áreas próprias de auto-aprendizagem independente (bibliotecas sectoriais ou salas com recursos *multimedia*). A auto-aprendizagem deverá ser incentivada através do acesso aos recursos informáticos e programas já

disponíveis. A FML está a fazer um grande esforço financeiro para congregar esses recursos com a operacionalidade exigível. A formação do futuro médico poderá decorrer através de múltiplas formas de acção pedagógica, em que se incluem as tradicionais aulas, embora em número mais reduzido, dando lugar a espaços de auto-aprendizagem tutelada (de perto ou à distância), permitindo o contacto crescente com a parte clínica, primeiro pela observação, depois pela prática com modelos artificiais de aprendizagem, depois com simuladores voluntários (que podem ser alunos ou docentes) e, só depois, com doentes. Haverá que preservar a ética do relacionamento humano, nessa fase tão delicada da formação médica, evitando-se que os doentes se sintam incomodados por estudantes impreparados para a abordagem clínica. E a interacção com o doente terá de ser objecto de preparação sistemática, não errática e nunca esquecida.

No 1^o e 2^o anos não houve alterações substanciais de conteúdos. Em seu lugar privilegiou-se a coordenação do ensino dessas matérias, evitando duplicações, redundâncias ou omissões significativas. Procurou desenvolver-se o relacionamento dos diversos conteúdos entre si, dando-lhes ainda um horizonte de aplicação médica potencial. Estes intuitos foram incentivados através de seminários de uma ou mais disciplinas, com a participação de docentes das áreas básicas e clínicas, utilizando situações clínicas seleccionadas como cenários de actuação pedagógica participada por docentes e discentes.

No 1^o ano, o ensino de Biomatemática foi substituído pelo da Bioestatística, que passou a ser coordenado com o de Medicina Preventiva I. Embora uma parte substancial dos objectivos e conteúdos curriculares de cada disciplina difiram entre si, há oportunidade justificada para que a prática da Bioestatística seja desenvolvida com exemplos pedagógicos da Medicina Preventiva I. Esta coordenação terá aplicação exhaustiva no desenvolvimento dos “projectos na comunidade”. Estes projectos são trabalhos de grupo, específicos, que todos os alunos com aproveitamento em Medicina Preventiva-Bioestatística têm de desenvolver em sectores demarcados da comunidade.

Para o 1.^o ano foi criada uma nova disciplina, designada Introdução à Medicina, em que se incluem diversas vertentes culturais, técnicas, comportamentais e éticas consideradas oportunas para um 1^o ano do curso. Nesta fase, todos os alunos têm de aprender os preliminares práticos da Reanimação Cardiorespiratória e participar num estágio hospitalar (em enfermaria e/ou outro serviço assistencial pré-definido). Módulos de ensino-aprendizagem sobre a História da Medicina, Desenvolvimento e Comportamento Humanos, Comunicação e Psicologia, e Iniciação à Investigação fazem parte do programa da nova disciplina que, apesar de não ter exigências sumativas, tem crédito curricular. Mantiveram-se no 1^o ano as restantes disciplinas do programa curricular anterior, com designação diferente (agora: Bioquímica Celular, Biologia Molecular da Célula, Fisiologia I).

No 2º ano, o ensino da anatomia do sistema nervoso (que finaliza o núcleo programático de Anatomia Normal) passou a ser parcialmente coordenado com o da Fisiologia, originando a nova disciplina de Neuroanatomia. Deixa de existir a Psicologia, em parte redistribuída pelo 1º e 3º anos. As restantes disciplinas (Bioquímica Fisiológica, Histologia e Embriologia, Fisiologia II), mantêm o essencial das características do anterior programa, embora com algumas correcções e, sobretudo com uma perspectivação global diferente. Assim, as disciplinas de Bioquímica, Fisiologia e Histologia no 2º ano são o culminar de um ensino de matérias específicas iniciadas no 1º ano. No 2º ano de cada disciplina deverá ser mantida num núcleo essencial de conhecimentos introduzido no 1º ano, para uma melhor consolidação das temáticas, e respectivas aplicação e integração. Adicionalmente, o ensino no 2º ano daquelas três disciplinas decorrerá em sequência coordenada, de modo que o conhecimento morfológico preceda sempre o fisiológico ou bioquímico. Para reforço desta coordenação e melhor compreensão da respectiva importância médica potencial, serão organizados seminários multidisciplinares, que, tomando como base um problema médico comum, permitirá a sua abordagem e interpretação sob perspectivas morfológicas e funcionais do conhecimento prévio do aluno.

No 2º ano é iniciada uma outra inovação do novo programa curricular, a dos “estágios de investigação”, que são optativos (embora sujeitas a limite de vagas) para realização nas áreas de Bioquímica, Fisiologia e Biologia-Histologia.

No 1º ou 2º anos estão igualmente disponíveis (com limite de vagas) cursos optativos de Inglês e Informática I. Por razões de logística, ambos terão início somente a partir de 1996/97.

5 – RFML – Quais as implicações da revisão curricular na formação pós-graduada?

D – A presente revisão curricular, a ser concretizada na plenitude dos seus objectivos, não dispensa uma profunda revisão da formação pós-graduada, quer a consideremos no seu sentido lato – especialização clínica – ou apenas no âmbito académico. Considerando que a proposta original do CIREM tendia para a substituição do Internato Geral (actual) por 15 meses de exercício clínico orientado, ainda no 6º ano do curso de licenciatura, a Formação Pós-Graduada corresponderia ao actual Internato Complementar ou equivalente. Contudo, há razões para crer que este sistema não merecerá aprovação global, admitindo-se agora a hipótese de um ano de formação intercalada (ainda como Internato Geral). Deve dizer-se que esta posição colide frontalmente com as propostas da CIREM, cujo relatório mereceu

aprovação ministerial em 1994. Naquela nova perspectiva – que não pode nem deve anular o posicionamento das Faculdades de Medicina como entidades que conferem o grau de licenciatura no fim do 6º ano (de exercício clínico orientado) justifica-se que um eventual Internato Geral tenha objectivos mais exigentes dos que estavam previstos para o futuro 6º ano (que *eram exactamente os de substituir o actual Internato Geral!*). Porém, qualquer que seja o esquema de pós-graduação a definir, deseja-se que a sua eficácia reflecta um elevado grau de preparação técnica, sócio-cultural, comportamental e ética a conferir nas diferentes fases do curso. Sobretudo, pretende-se que o futuro médico tenha conservado a motivação inicial e adquirido conhecimentos, capacidades de acção e capacidades de auto-aprendizagem. Por sua vez, a formação pós-graduada a adoptar deverá continuar associada às Faculdades de Medicina, através de cursos sistemáticos adaptados para cada tipo de exigência formativa. Ensinar requer profissionais de ensino com treino e motivação. Além do ensino prático tutelado, há que incluir acções de formação “compacta” em temáticas muito específica. Ensinar formandos que já são médicos não é o mesmo que ensinar jovens estudantes de medicina.

A aquisição desses conhecimentos será muito mais facilitado se houver docentes preparados para esse tipo de formação pós-graduada, se houver locais apropriados (Departamentos de Educação Médica, Institutos de Formação Médica Pós-Graduada e Contínua) e o formando, por seu lado, tiver “aprendido a aprender” durante o curso de pré-graduação. A FML deverá empenhar-se sem hesitações nem delongas na criação de um Instituto de Formação Médica Pós-Graduada e Contínua (ou de Formação Avançada).

6 – RFML – Que consequências terá a revisão no quadro dos docentes, nomeadamente quanto à contratação de novos docentes?

D – A pergunta requer uma anotação sobre o significado de *Quadro de docentes*. Num sentido restrito compreende uma minoria de docentes, ou mais exactamente, os professores catedráticos e associados nomeados em efectividade de funções, após concurso de provas públicas para um determinado número de vagas definidas para cada instituição. Desde há dois anos, aproximadamente, o total de lugares do quadro, assim como o total dos restantes docentes contratados (*que não são do quadro*) dos estabelecimentos públicos de ensino superior, são determinados pelo número de alunos inscritos nessa instituição. Como se sabe para Medicina, a relação docente/discente é de 1:6. Se não for modificado este sistema obrigatório (definido superiormente), diria que a revisão curricular, só por si, não influenciará nada o total de docentes a contratar, sejam ou não do Quadro orgânico da FML. Todavia, para que o sistema de formação médica funcione adequa-

mente, e para que a revisão curricular tenha o mínimo do sucesso (ou, inclusivamente, tenha condições para prosseguir), haverá que rever o *ratio* docente/discente para valores próximos de 1:1. Esta correcção foi na devida altura reclamada superiormente pela FML.

7 – RFML – Considera que estão reunidas as condições hospitalares necessárias à efectivação da revisão curricular?

D – De modo nenhum, nem na forma nem na substância. A formação médica pré-graduada vai exigir uma intensa exposição pedagógica em ambiente hospitalar e de ambulatório. Virtualmente não existem condições para ensinar nas consultas hospitalares, nem o sistema hospitalar inclui o acompanhamento de rotina pós-internamento, na residência dos doentes. Entretanto, o Hospital de Santa Maria, onde decorre toda a aprendizagem clínica da FML, evidencia características muito próprias de uma unidade central da rede de Saúde, com objectivos assistenciais organicamente determinados pela ARS de Lisboa e Vale do Tejo. Nestas condições é natural que a missão assistencial seja dificilmente compatível à de uma unidade de ensino médico pré-graduado, por razões que são óbvias, quer de objectivos quer de custos de internamento ou da qualidade de serviços a realizar ou, ainda, dos docentes clínicos (nem sempre) disponíveis para o ensino sistemático. As aulas têm horas certas que podem coincidir, inesperadamente, com um serviço inesperado ou outra eventualidade clínica justificada. E isso pode suceder múltiplas vezes para o mesmo grupo de alunos, com consequências previsíveis mas que não deixam de ser motivo de justas reclamações desses estudantes. Por outro lado, o perfil de alguns dos docentes poderá não ser o mais adequado ao ensino de futuros médicos pluripotenciais, ou as disponibilidades em estruturas físicas para ensino clínico serem insuficientes para as necessidades do momento e o elevado número de alunos por enfermarias. Há, por isso, múltiplas razões para que o ensino clínico decorra com dificuldades, em que terá de se incluir a insuficiência de docentes que a FML está autorizada a contratar. Finalmente, as condições de trabalho hospitalar, o seu estado de conservação e funcionalidade, as múltiplas solicitações e situações clínicas a que está sujeito, sobretudo pelos serviços de urgência, nem sempre gera o ambiente de aprendizagem exemplar para quem está em fase de formação. O ensino médico deverá decorrer em ambiente próprio, idêntico afinal ao que existe na generalidade dos países europeus, que não se dispensam de ter Hospitais Universitários, Clínicas Universitárias ou Centros Médicos/Hospitalares Universitários. São necessariamente centros médicos de referência para as restantes unidades de saúde e, também, locais polarizadores por excelência de Educação Médica, de Ciência Médica e de Saúde de

primeira qualidade. O sucesso da revisão curricular exige que se promova, também entre nós, a formação de Centros Médicos Universitários, em que as áreas de assistência clínica, de ensino e científicas seja coordenadas para objectivos mistos claramente partilhados e como tal assumidos, sobre perspectiva de uma tripla tutela: Educação, Ciência e Saúde.

8 – RFML – Como será feita a avaliação da revisão curricular?

D – Como disse no princípio desta entrevista, o sistema será assegurado por uma Comissão de Acompanhamento que responde directamente ao Director da FML e, por inerência, à Comissão de Revisão Curricular. Pretende-se que o accionamento progressivo e a retro-avaliação do novo programa curricular sejam acompanhados de perto pela CA, que para tal actuará directamente junto de docentes responsáveis e dos discentes.

Numa perspectiva mais geral, perspectiva-se que a actividade da FML, em que se incluem as acções pedagógicas, sejam periodicamente sujeitas a auto-avaliação e auditorias. A FML será, em 1997, sujeita a ambos os processos. Da parte pedagógica, a elaboração de inquéritos está a cargo do Conselho Pedagógico e do Departamento de Educação Médica. A avaliação da parte científica depende do Conselho Científico e será accionada pelo GAPIC.

Admite-se que deste modelo de actuação venham a resultar proximamente conclusões válidas sobre os dois primeiros anos do novo programa curricular.

Princípios para uma metodologia educacional*

1. A “sociedade em mudança” em que está a transformar-se o mundo contemporâneo assenta em dois pilares principais, um representado pela educação, o outro pela inovação.

2. Pretende-se que a educação, em geral, contribua para o desenvolvimento completo do indivíduo, preparando-o a pensar, a decidir e a agir autonomamente nas mais diversas circunstâncias e vivências. A imaginação, a criatividade, a diversidade inovadora são outras qualidades a cultivar e a incentivar como forças dinamizadoras indispensáveis à procura de soluções e, inevitavelmente, também geradoras de novas referências e problemas.

3. Na estratégia educacional de qualquer domínio científico ou sócio-profissional sobressaem quatro vertentes tradicionais do conhecimento: “*aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a coexistir e aprender a ser*”. Estes aspectos são, em princípio, parte integrante de um todo indissociável. Todavia, é relativamente frequente que alguma ou algumas daquelas partes estejam omissas ou pouco evidenciadas nos programas educacionais. Nestes desequilíbrios redutores é comum o favorecimento da aquisição, o armazenamento e a reprodução de conhecimentos, com virtual apagamento de todas as restantes perspectivas de aprendizagem.

Há razões para admitir que parte da tradicional resistência à mudança do plano de estudos e, em particular, a defesa intransigente dos tempos de escolaridade que cabem ao ensino de cada disciplina, têm as suas raízes mais profundas na convicção (errada) de que a educação será tanto melhor quanto maior for o volume e a complexidade dos conteúdos a aprender pelos alunos. Estes, por sua vez, acabam por preferir decorar conhecimentos, por lhes ser mais cómodo e rendível. Não sendo exigido aos alunos mais do que reproduzir de memória esses conhecimentos poderá suceder, como exemplo absurdo, que alguém venha a acreditar de que a competência clínica exigível aos

* NE – In: Agenda da FML, 1998; 87:1-2.

futuros médicos seja proporcional ao peso da bagagem factual e à pontuação atribuída nos exames do curso.

5. Todavia, “aprender a conhecer” é essencial. Não poderá ser um processo educacional único nem pretender a omnisciência, pois isso seria subverter a própria natureza humana. Aprender a conhecer é um meio e uma finalidade, que se orienta mais para o domínio dos instrumentos do que para o dos conteúdos. Não sendo possível conhecer tudo, por muito reduzido que seja o campo de acção e interesses individuais, haverá fundamentalmente que “aprender a aprender, e a actualizar o que se aprendeu”. A abertura e entusiasmo por outros domínios afins facilitam inter-conexões e abrem perspectivas culturais, frequentemente úteis na investigação interdisciplinar. A memória, a atenção, a capacidade crítica, o exercício do pensamento, são capacidades fundamentais a desenvolver com a aprendizagem do conhecimento.

6. “Aprender a conhecer para saber fazer” é uma sequência indissociável ao longo das diversas fases da formação médica, bem como de outras vias profissionalizantes. Não se pretende que o futuro médico saiba fazer tudo o que aprende como informação, mas, em particular, é exigível que saiba fazer o essencial, o que estará no âmbito das suas competências em cada estágio de formação. Isto poderá significar que um conjunto variado e complexo de intervenções práticas seja aprendido, exercitado e executado com competência, em etapas sucessivas da formação médica. É possível que a grande maioria dessas acções venha a ser aprendida e realizada (somente) durante a formação pós-graduada de cada (e somente dessa) especialidade médica, deixando para as fases anteriores um leque de desempenhos mais gerais e inespecíficos. Nesta perspectiva “aprender a fazer” conduz a um patamar de qualificações profissionais que não equivale, necessariamente, ao nível de competência. Determinados desempenhos serão executados com mais competência por paramédicos, o que não obsta a que o médico deva saber como fazê-lo. Porém, não pode desconhecê-los, sob pena de questionar posições de responsabilidade e liderança clínica.

7. “Aprender a coexistir” tem a ver com o relacionamento e a comunicação individual, quer na relação dual médico-doente, quer no trabalho em equipa pluridisciplinar. Sabe-se que a existência de um objectivo de trabalho pode transformar diversos indivíduos num conjunto activo e motivado. Por isso, os alunos de Medicina deverão ser integrados precocemente em equipas médicas, para adquirirem a noção de interdependência, da coesão de grupo, da partilha responsável das dificuldades e dos sucessos. De igual modo, os estudantes de Medicina devem ser expostos aos mais diversos cenários da

vivência social, às alegrias e ao sofrimento, à vida e à morte, num crescendo de complexidades e envolvências pelas quais aprendam a controlar emoções, a gerir conflitos e à participação solidária, e, por tudo isso, à consolidação da competência médica.

8. “Aprender a ser” é procurar o desenvolvimento completo do homem nas suas diversas valências culturais, intelectuais e de interação social, consciente dos valores que o orientam e de que resultam as atitudes adequadas, caso a caso. Aprender a ser, em Medicina, pressupõe qualidades individuais inatas mas também modelos orientadores, como deverão ser as instituições onde decorre a formação e os docentes que guiam a aprendizagem diária. A coesão social, a ajuda solidária, a com passividade transmitida, o gesto tranquilizador, a palavra oportuna, a atenção “olhos-nos-olhos”, a disponibilidade para ouvir quem precisa de ajuda, o respeito pelas crenças e pela diversidade dos que dependem de nós, o cuidado na preservação do asseio e das condições de internamento e de observação clínica, enfim, um sem número de “pequenos-grandes nada” para quem não está doente mas um mundo cheio para quem sofre. E, todavia, se as instituições estiverem preparadas para essa atenção, se os orientadores de formação estiverem atentos, se virem o que se passa à sua volta, se sentirem efectivamente o “pequeno-grande mundo” da vivência clínica, decerto que os alunos que lhes estão afectos também estarão atentos e zelosos pelos que precisam. Caso contrário, nem as instituições servem para fins educacionais nem assistenciais, nem os modelos merecem sê-lo.

9. Por conseguinte, a formação médica é indissociável da plena integração das diversas vertentes de aprendizagem. De modo a assegurar esse desenvolvimento educacional é recomendável estratificar o ensino em fases de complexidade e diversificação crescentes, evitando as sobreposições, sublinhando o que é pertinente, rejeitando a redundância e a desactualização. É também importante criar oportunidades para que os alunos escolham áreas onde pretendam aprofundar conhecimentos e aptidões, desenvolver a criatividade e exercitar novas capacidades.

10. Finalmente, haverá que ultrapassar a perspectiva da formação médica como meio para alcançar um objectivo utilitário, dando-lhe ensejo a que se consolide num plano superior de realização e de maturidade pessoal, de que resultem benefícios evidentes para a sociedade em que se projecta, sejam estes curativos ou preventivos.

Os Primeiros Seis Anos do Novo Currículo*

É alcançado no corrente ano lectivo o termo da fase da revisão curricular iniciada em Outubro de 1994, que culmina num 6^o ano a decorrer como exercício programado e orientado em estágio clínico, em hospitais e centros de saúde da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo e também em centros de saúde das Administrações Regionais de Saúde do Alentejo e do Algarve. Poderá pois afirmar-se que a Faculdade de Medicina de Lisboa cumpriu integralmente os objectivos gerais e recomendações contidas nos projectos da revisão curricular apresentados pela Comissão Inter-Ministerial da Revisão do Ensino Médico e pelo Grupo de Trabalho que se lhe seguiu, com aprovação dos Ministérios da Educação e da Saúde¹, assim como as propostas de projecto da Comissão de Educação Médica², apresentadas em Julho do mesmo ano ao Ministro da Educação.

Para trás ficaram seis anos de intenso e profícuo labor, pelo qual foi possível à Faculdade concretizar um plano de estudos cujos pormenores foram dados a conhecer em publicação recente³. Naturalmente que as modificações curriculares introduzidas deram corpo às pretensões mais urgentes e indispensáveis, trabalhadas à medida dos recursos humanos e estruturais existentes na Faculdade. Por tudo isso, as modificações curriculares definidas devem ser entendidas como o resultado de uma primeira fase de revisão. Após uma cuidadosa avaliação, global e sectorial, dos pontos fortes e fracos do programa em desenvolvimento, proceder-se-á a uma segunda fase de revisão curricular mais ambiciosa e profunda, sem perda dos princípios e da orientação estratégica pré-estabelecidos.

O presente Guia da Licenciatura para o ano lectivo de 2000/2001 representa mais uma etapa institucional, no sentido de uma formação médica de

* P – In: “Guia da Licenciatura em Medicina 2000-2001”, Série Guias da FML, 2000:5: IX-X.

¹ Despacho Conjunto nº 44/ME/MS/94 de 21 de Junho.

² No âmbito do Despacho Conjunto nº 130/98, de 25 de Fevereiro.

³ “A Revisão Curricular na FML 1992/1999”, Série Estudos e Documentos Vol. I, Faculdade de Medicina de Lisboa, 1999.

qualidade superior conducente a um nível de excelência profissional. Tais desideratos requerem condições e recursos progressivamente mais exigentes, nem sempre disponíveis no momento certo, apesar dos esforços mobilizados.

A orientação expressa no Guia da Licenciatura reflecte o trabalho cuidadoso que vem sendo desenvolvido, a nível de cada disciplina ou área pedagógica e em cada ano, por todos os seus responsáveis docentes, sendo também o contributo indirecto das sugestões apresentadas pelos discentes que frequentaram em anos transactos.

Adicionalmente, o Guia de Licenciatura identifica as estruturas e modelo funcional do apoio ao estudo pré-graduado, apresenta os recursos humanos e institucionais disponibilizados para uma boa aprendizagem, destaca as instituições do Serviço Nacional de Saúde e outras entidades que cooperam nas diversas fases da formação médica pré-graduada e inclui ainda informação complementar de interesse geral.

Muito me apraz destacar o relevante trabalho desenvolvido no Gabinete de Gestão Curricular pelos seus elementos responsáveis, designadamente o seu Coordenador, Prof. Doutor Armando Pereirinha, Dra. Ana Paula Pereira (responsável técnica), Dra. Dolores Machado e Dr. Pedro Marçal, com implicações positivas na organização e publicação do presente volume.

A finalizar, desejo um bom trabalho a todos os docentes, discentes e equipas técnicas para o ano lectivo a que se reporta o presente Guia da Licenciatura.

Preparando a Segunda Fase da Revisão Curricular*

O presente volume resume o programa curricular do curso de licenciatura em Medicina a ser leccionado pela FML durante o ano lectivo de 2001/2002. Na realidade, é um programa de transição entre o plano de estudos que vigora de 1995 a 2001 e o que virá a caracterizar a 2ª fase da revisão curricular, agora em preparação.

A experiência obtida nestes últimos anos permite-nos uma perspectiva crítica sobre os pontos fortes e os menos bons do actual plano de estudos. Urge corrigir os aspectos menos conseguidos, relançar objectivos pedagógicos não activados, aprofundar vertentes para a mudança projectada e, fundamentalmente, dar passos firmes no sentido de um programa curricular mais pertinente, mais inovador e, ainda, mais eficaz.

Por isso, antecedendo a continuação da revisão curricular sustentada que se julga possível, houve a preocupação de corrigir, por agora, somente alguns aspectos pontuais. Nessa perspectiva proceder-se-á à revisão do regulamento do 6º ano em estágio clínico em pormenores de organização e abrangendo actuais especialidades, incluindo as propostas de alunos e tutores do ano transacto que obtiveram consenso e aprovação recentes pelos órgãos da Faculdade. O actual Guia para 2001/2002 inclui também a reformulação da Comissão Curricular e os critérios de equivalência entre o antigo e o actual plano de estudos.

Finalmente, foi simplificada a apresentação dos programas de cada disciplina e área de ensino-aprendizagem, de acordo com critérios mais homogéneos e representativos.

Não será de mais salientar que, embora o actual programa se caracterize por ter menos 30% do número de exames finais do que o anterior plano de estudos (por força da aglutinação em grandes áreas de ensino-aprendizagem, em que se incluem as disciplinas de especialidades clínicas) aumentou substancialmente a oferta do núcleo curricular optativo, que atinge o total de 46 actividades diversas, entre cursos livres, disciplinas e estágios optativos para

* P – In: “Guia da Licenciatura em Medicina – Ano Lectivo 2001/2002”, Série Guias da FML, 2002; 7:ix-x.

o corrente ano lectivo, das quais 9 são iniciadas agora pela primeira vez. A tendência será para um crescimento continuado nos próximos anos.

Tendo em atenção que o espaço físico da Faculdade (ainda) não aumentou e que cada uma das actividades do programa quer sejam do núcleo obrigatório ou do optativo, obriga a inscrição anual, pautas e registos de aproveitamento, além de requerer salas, anfiteatros e ou laboratórios disponíveis, é evidente que a aposta da Faculdade num currículo inovador, diversificado e aberto a potencialidades do conhecimento e da ciência decorre com dificuldades logísticas enormes, de que tem resultado uma pressão excessiva sobre os sectores administrativos com maiores responsabilidades no acompanhamento do processo.

É de inteira justiça destacar nesses sectores o brio e dedicação empenhada do pessoal da Repartição Académica – Secção de Alunos, ao assegurar em boa ordem o funcionamento normal de tão grande número de actividades, em especial dos cinco primeiros anos do curso.

É merecedor de particular destaque o entusiasmo e esforço de todos os membros do Gabinete de Gestão Curricular que, tendo por campo de acção primordial o novo 6^o ano do estágio clínico, começou também (a partir de 2001/2002), a apoiar o suporte organizativo e a logística específica de cada um dos outros anos do curso e respectivos coordenadores e regentes de ensino. Uma tarefa ciclópica desempenhada com grande mérito e exemplar dedicação, por vezes em condições de dificuldade insuspeitada.

Embora o processo de articulação entre aqueles sectores ainda não esteja concluído, já permitiu que a conclusão do ano lectivo anterior e o começo do actual registassem uma dinâmica mais convergente e profissionalizada, em apoio do Conselho Pedagógico, da Comissão Coordenadora Pedagógica dos Conselhos de Ano e de todos os Professores coordenadores e regentes do Curso.

A acrescentar a esta concertação de actividades e responsabilidades sectoriais, apraz também registar alguns progressos institucionais, no sentido de uma automatização de processos e rotinas administrativas para suporte das actividades pedagógicas. A informatização da inscrição nas diversas actividades lectivas iniciada em 2001/2002 para os alunos do 1^o ano, a calendarização antecipada dos exames em todos os anos do curso, a publicação dos sumários das aulas e a individualização dos horários e calendários de ensino de cada disciplina são, a par da publicação regular do Guia de Licenciatura, iniciada em 1998/1999, alguns aspectos estruturantes indispensáveis para um desenvolvimento ordenado, qualificado e progressivo das actividades de ensino-aprendizagem médica que cabe à Faculdade de Medicina de Lisboa assegurar.

Neste contexto, a mudança curricular continuará etapa por etapa, com rigor e atenção às limitações em recursos humanos e materiais, olhando de frente para o futuro, para os objectivos que a Faculdade definiu. Na verdade, não há que temer as incertezas, as dificuldades e os paradoxos que essa mudança decerto nos criará pois como Heraclito, estou convicto de que *“nada perdura senão a mudança”*.

Reajustamentos no Programa Curricular*

Na continuidade das correcções curriculares do novo programa, entendeu-se indispensável reforçar em 2002/003 a formação clínica no 5º Ano do Curso. Para o efeito, na sequência de uma exaustiva preparação por parte de todos os professores regentes do 5º Ano e no âmbito da Comissão Curricular, foi possível construir um modelo modular diferente, com o parecer favorável do Conselho Pedagógico e aprovação pelo Conselho Científico.

As diversas áreas e disciplinas foram redistribuídas por três módulos de onze semanas de escolaridade, cada um, com três vantagens evidentes: expansão da escolaridade global (de 30 para 33 semanas); maior especificação do ensino leccionado em cada módulo (a área de Medicina II foi circunscrita isoladamente num só módulo, sendo as restantes áreas e disciplinas distribuídas pelos outros dois módulos, todos com escolaridade equilibrada entre si); redução dos períodos reservados para avaliação final (demarcada a duas semanas no *termo* de cada módulo).

Para a definição prévia de horários e tempos de escolaridade de cada disciplina ou área, os alunos foram distribuídos, por sorteio prévio, em grupos de cinco, a partir dos quais se definiam os conjuntos de alunos que constituíam as turmas ou grupos de trabalho de prática vivencial pré-determinados em cada dia da semana. A organização rigorosa daquela distribuição, adequada às possibilidades declaradas por cada regente em função dos docentes disponíveis, da dimensão e das características de unidade clínica, foi desenvolvida pelo Gabinete de Gestão Curricular, que igualmente promoveu a elaboração de listagens e de toda a documentação que se verificou indispensável para a leccionação e para o seu acompanhamento nos períodos pré-determinados.

Antecipando uma próxima modificação do 3º Ano, foi aprovada, também para 2002/2003, a recolocação da disciplina de Imunologia no 2º semestre do 2º Ano. Esta alteração criou condições para a mudança da disciplina de Neuroanatomia, do 2º para o 1º semestre do 2º Ano, a par com a

*P – In: “Guia da Licenciatura em Medicina – Ano Lectivo 2002/2003”, Série Guias da FML, 2002; 8:xi-xiii.

Psicologia e, portanto, para uma melhor articulação do ensino do sistema nervoso por todas as disciplinas naquele período.

Adicionalmente, tomando em consideração os bons resultados obtidos nos estágios optativos do 6^o Ano, abertos a especialidades e sub-especialidades médicas, bem como o interesse manifestado pelos alunos em intensificarem, em regime presencial, a aprendizagem clínica nas Clínicas Universitárias cujos directores haviam disponibilizado vagas para frequência, foi activada outra iniciativa *major* do núcleo curricular optativo, designada por Práticas Clínicas Tutorais (PCT).

As PCT foram abertas a alunos que transitam do 4^o para o 5^o Ano e do 5^o para o 6^o Ano. Os alunos poderão frequentar aquelas vivências clínicas, durante o período de um mês (entre 15 de Setembro e 15 de Outubro de 2002), na Clínica escolhida.

Entretanto, a inscrição e participação nas outras actividades do núcleo optativo foi substancialmente beneficiada este ano pela introdução de um período de pré-inscrição entre Maio e Junho. Todavia ainda subsistem problemas a solucionar no próximo ano, em parte resultantes do grande número e diversidade de opções curriculares disponíveis e, por outro lado, devidas a uma menor atenção por alguns alunos à obrigatoriedade de concretizarem com aproveitamento as actividades optativas em que se inscreveram, ou em que deveriam tê-lo feito.

Para se evitarem de futuro problemas mais complicados, foi aprovado e posto em prática um segundo condicionamento de transição de ano, agora incidindo na passagem do 3^o para o 4^o Anos. Foi ainda definido o número mínimo de unidades de crédito (os obrigatórios *mais* os optativos) exigíveis para os primeiros três anos do curso e para os dois anos seguintes, de modo a que nenhum aluno fique impedido de completar o total de créditos estipulados antes do ingresso no estágio clínico do 6^o Ano.

Finalmente, a inscrição automática dos alunos e a respectiva distribuição pelas turmas de aulas práticas e teórico-práticas, iniciada em 2001/2002 para o 1^o Ano, prosseguiu agora no 2^o Ano. Da experiência recolhida nestes dois anos, pode concluir-se que o modelo mais eficiente assenta na preparação de um conjunto de horários a serem escolhidos por cada aluno, com a ordem de escolha definida por sorteio prévio.

Entretanto, os benefícios conseguidos não ocultam o grande e multifacetado desafio que a Faculdade tem pela frente, o que poderá reflectir-se negativamente na capacidade institucional em assegurar um ensino médico de qualidade.

As restrições financeiras impostas nos últimos anos e agravada a níveis críticos no presente ano lectivo, a par com o atraso em quase dois anos na conclusão e entrega do novo edifício, estão a criar relevantes dificuldades funcionais e de actuação pedagógico-científica. O rácio docente-discente e a

disponibilidade de condições logísticas e materiais requeridos pelo ensino médico estão a aproximar-se do ponto de ruptura nos anos básicos e pré-clínico. Também a aprendizagem clínica começa a registar disfuncionalidades concretas, em espaços e docentes disponíveis. Estas dificuldades refletem as particularidades de gestão das unidades de saúde, da responsabilidade total do Ministério da Saúde, que não contemplam as especificidades requeridas pelo ensino pré-graduado de Medicina.

Não obstante o presente ser difícil e o futuro próximo ser nebuloso, quero saudar efusivamente os docentes e os alunos da Faculdade que, com indeclinável empenhamento, individual e colectivo, continuam a pugnar tenazmente, com insatisfação permanente, pela criação de novos cenários, de novas metodologias e de renovados conteúdos de aprendizagem.

Na realidade, a renovação curricular jamais estará concluída. É sabido que a busca pela qualidade e pela perfeição só termina para quem se contenta com pouco. Haverá sempre constrangimentos, incompreensões políticas, desinteresses internos e externos, resistências múltiplas mas, é evidente, o progresso não pára e a melhoria de qualidade acabará por suceder. E sucede porque, felizmente, tem havido sempre quem acredita na mudança e consegue realizá-la.

Nesta convicção, que também é um voto de esperança, endereço a todos os docentes e alunos da FML um excelente ano curricular, sempre melhor que o anterior.

Uma Década de Inovação Curricular*

Faz agora dez anos (!) que a Faculdade, através da *Comissão de Revisão Curricular*, ultimava a definição conceptual do novo programa e definia o que seria o ciclo básico, a iniciar em 1995/96. Foram meses e meses de reuniões e de múltiplos contactos entre docentes e alunos, num movimento dialogante raramente vivido no passado. A *Escola* reabitou-se a comunicar entre si, a trocar críticas nem sempre pacíficas, a quebrar fronteiras interdisciplinares, a argumentar em posições opostas e, fundamentalmente, a aceitar democraticamente as posições prevalecentes. A bem dizer, nem todos os referidos desideratos foram alcançados, pois que nestes assuntos de mudança acaba por haver núcleos mais conservadores que dificilmente (ou nunca), aceitam alterações ao que se habituaram a fazer.

Todavia, no conjunto, poderá dizer-se que os objectivos inicialmente traçados foram cumpridos, a saber: redução do número de exames (de 55 passou-se para 30); criação de um ano final de estágio clínico total, a par com a “compressão” (racional) de parte lectiva do curso nos primeiros cinco anos do curso; aglutinação de algumas disciplinas com afinidades temáticas em grandes áreas de ensino coordenado ou integrado; definição de um “ano de charneira” (pré-clínico) que constituísse uma real antecipação do ciclo clínico, quer em conteúdos quer em métodos de trabalho; definição de um núcleo curricular obrigatório e, a par, possibilitar ao aluno “criar” 5% do seu tempo curricular sob a forma de núcleo optativo, quer sobre a forma de cursos, disciplinas ou estágios; introdução do conceito da “educação pela ciência”, de modo a que os alunos mais interessados pudessem por si aprender melhor pela verificação da construção por seus próprios trabalhos experimentais como projectos de investigação; foram criadas condições materiais para a auto-aprendizagem, antecipando o cenário de actuação pós-graduada e da actividade profissional ao longo da vida; os conceitos de *Coordenador Pedagógico de Ano* e de *Conselho de Ano* foram progressivamente consolidados como mecanismos de responsabilização de docentes e alunos; final-

*P – In: “Guia da Licenciatura em Medicina – Ano Lectivo 2003/2004”, Série Guias da FML, 2003;10:xi-xiii.

mente, algumas áreas do conhecimento foram desenvolvidas como eixos verticais ao longo de todo o curso.

Na verdade, alguns dos referidos projectos continuam a ser integralmente cumpridos enquanto outros perderam a força inicial, embora, na sua globalidade, o que se pretendia realizar tivesse sido conseguido.

Bem ou mal, uma década do desenvolvimento sob um determinado modelo acaba por requerer adaptações, em paralelo com as alterações consensuais, sociais e, em particular, com as modificações que vão ocorrendo no âmbito da formação e da investigação universitárias, muito em especial na Saúde.

Neste último aspecto destacam-se as determinações políticas mais recentes, que pretendem definir o conceito de *Hospital Universitário*, a par com o de hospitais associados ao ensino médico. É uma efectiva e muito relevante preocupação o modo como virá a decorrer a formação clínica dos futuros médicos.

Adicionalmente, a continuada pressão sobre as Faculdades de Medicina para aceitarem mais alunos, ano após ano, tem constituído para a FML um grave problema, prejudicando os objectivos que haviam sido laboriosamente definidos para o novo programa curricular. Simultaneamente tem originado dificuldades logísticas em agravamento constante, não só pela carência de auditórios onde tenham assento todos os alunos de cada ano e agora também, quanto às enfermarias e médicos disponíveis para o ensino clínico, que atingiram níveis de saturação pedagógica e ética no hospital nuclear, que continua a ser o Hospital de Santa Maria.

Por conseguinte, o novo ano lectivo avizinha um conjunto de problemas insuspeitados dez anos atrás. A previsível irreversibilidade política quanto ao continuado aumento do acesso ao curso de Medicina obriga-nos a uma profunda reflexão sobre o programa curricular, que não poderá manter-se como está. Adicionalmente, a Faculdade de Medicina de Lisboa terá de expandir os seus locais de formação clínica para um segundo hospital nuclear, participar activamente na criação e co-gestão de um centro de saúde que possibilite o justificado aumento da formação clínica na comunidade, e constituir pólos complementares de aprendizagem clínica em alguns dos hospitais que lhe estão associados ao ensino. Através desta política (em proposta recentemente enviada ao Ministério da Saúde) poder-se-á antever com mais tranquilidade e condições de actuação a formação pré-graduada da Faculdade, em particular no ciclo clínico, constituindo simultaneamente oportunidades para o desenvolvimento da (até agora) quase asfixiada investigação clínica.

Concluindo, é indispensável rever o currículo da formação inicial e obter condições logísticas que lhe sejam adequadas, quer em equipamento para a fase básica clínica quer no acesso e co-gestão de unidades de saúde dirigidas para a aprendizagem e treino clínico. A investigação básica aplica-

da à Medicina e associada à investigação clínica terá óbvias condições e oportunidades para florescer se aqueles projectos forem satisfeitos. A prestação de serviços à comunidade pela Faculdade de Medicina de Lisboa será igualmente uma realidade visível.

Espero que todos os actuais e futuros membros da Faculdade adiram incondicionalmente a este indispensável movimento renovador que se desejaria já em marcha, mas que ainda está carenciado de apoios estruturais e de definições conceptuais pela tutela. Entretanto, faço votos para que o ano curricular de 2003/2004 seja concretizado nas melhores condições pedagógico-científicas, que são as possíveis.

No Caminho de Alterações Curriculares Inevitáveis*

1. Este prefácio pretende ser uma introdução à reflexão que se impõe para um ajustamento curricular. As palavras aqui deixadas devem ser entendidas como manifestação da razão de ensinar a aprender e aprender a ensinar numa convivência académica que se pretende de excelência e é política comum às Faculdades de prestígio internacional. São anotadas sumariamente algumas modificações mais relevantes introduzidas no presente ano lectivo. Tal não impede, porém a necessidade em introduzir modificações de fundo no actual plano curricular da licenciatura em Medicina da Faculdade de Medicina de Lisboa, o qual, como se sabe, começou em 1995/1996 para o 1º ano do curso, isto é, faz agora dez anos de experimentada vivência.

Diversas razões apontam para aquela medida.

Em primeiro lugar a avaliação do percurso desenvolvido, no que se refere aos objectivos perspectivados, a realização efectiva do que estava planeado, a participação de docentes e alunos no projecto estabelecido e, por fim, o tipo de exigências, constrangimentos e apoios obtidos por parte da Universidade de Lisboa, dos Ministérios que tutelam o curso, da Ordem dos Médicos e, ainda, a União Europeia.

Onze anos de envolvimento directo na activação e desenvolvimento do plano curricular em vigor na nossa Faculdade, como seu director e presidente da Comissão Curricular permitem-me alguma ambivalência nos comentários.

À alegria da concretização inicialmente alcançada, através do envolvimento e trabalho intenso de uma equipa empenhada, acresce a mágoa por se constatar que o projecto conseguido por consenso unânime, pela Comissão Interministerial para a Reforma do Ensino Médico (CIREM), em 1992/1994, não tem sido claramente entendido pelos sucessivos ministros que ocuparam os Ministérios da Educação (agora da Ciência e do Ensino Superior) e da Saúde. Adicionalmente, algumas Faculdades não conseguiram, ou desejaram, introduzir, em devido tempo, as alterações que haviam sido determinadas. Desta amálgama de desencontros resultou que a meta fundamental do

*P – In: “Guia da Licenciatura em Medicina – Ano Lectivo 2004/2005”, Série Guias da FML 2004;11:xi-xiv.

plano da revisão curricular nacional, proposto pela CIREM e aprovado ministerialmente – que consistia em introduzir modificações conceptuais para a formação do médico pluripotencial, em que o último ano do curso fosse efectivamente um período de estágio clínico integral que viesse a substituir o Internato Geral – não tivesse sido conseguido em simultâneo para todas as Faculdades.

Tal incumprimento deu azo a que a Ordem dos Médicos, mantivesse reservas sobre a eficácia do novo programa curricular, em particular quanto ao estágio profissionalizante. Todavia, a experiência vivida parece demonstrar que os alunos do 6º ano de algumas Faculdades têm preparação clínica equivalente, senão mesmo superior, à conferida pelo Internato Geral.

Estranhamente, quase cinco anos depois do primeiro curso concluído na FML em que o 6º ano foi de estágio clínico, continua a ser debatido a nível nacional como e quando será a prova de admissão no Internato Complementar. Na realidade, também estão por pormenorizar as exigências e trajectos da prova de pós-graduação.

Porém, tão indesejáveis desfasamentos já provocaram grandes repercussões no período de estágio da FML, reduzido em 2004/2005 de 44 para 36 semanas, ou seja, quase 20% de diminuição no período de aprendizagem e de prática clínica.

Tão lamentável retrocesso conduz a um sentimento de justificadíssima frustração e de inconformismo.

2. A conhecida resistência que caracteriza as instituições solicitadas a mudanças curriculares é, de certo modo, estimulada pela complacência com que tem decorrido, a nível nacional, a adaptação da formação inicial (pré-graduada) da Medicina no sentido do futuro médico pluripotencial.

É legítimo que, perante tantas indecisões e atropelos ao projecto que estava definido, nos interroguemos por que razão o objectivo da formação médica não está a ser cumprido e qual o grau de dependência em que se encontra das intervenções governamentais. Satisfaz que as Faculdades de Medicina confirmam a designação de médicos a uma espécie de técnicos de saúde disponíveis para prestar serviços clássicos públicos ou privados? Será que a pretensão da Faculdade de Medicina de Lisboa em formar profissionais médicos competentes para a sua época, num contexto e meios adequados, capazes de se actualizarem em formação permanente, é uma utopia que os governos consideram desnecessária?

Na realidade, nada confirma que a qualidade da formação médica pelas Faculdades de Medicina nacionais esteja a ser entendida como uma mais-valia indispensável e parte indissociável da política de Saúde nacional.

Tendo em atenção os documentos veiculados nos últimos anos e, naturalmente também, a pompa e circunstância das declarações públicas (que

afinal não passam, na grande generalidade, de palavras de circunstância), há sérias razões para questionar se o interesse por novas Faculdades de Medicina, que fazem parte recorrente dos projectos políticos na última década, se esgota na formação de “mão-de-obra” médica. Em alternativa não se pode ignorar o argumento interesseiro dos candidatos, ao referirem-se à formação em saúde como uma das raras oportunidades ainda acessíveis a emprego imediato.

Esta “explosão” de motivações pela Medicina tem sido um bom sinal para as Universidades (em principal as que nunca tiveram ensino médico) e, naturalmente também, para as que já têm. Em ambas as situações, o curso de Medicina representa uma efectiva solução do equilíbrio orçamental global, que beneficia substancialmente os domínios que têm perdido alunos, em lugar desse benefício recair directamente nas Faculdades de Medicina, como deveria. Estas instituições parecem ser a única parte do conjunto menos beneficiada na forma como decorre a reorganização política do ensino médico nacional. Na realidade, as compensações “negociadas” entre o Estado e as Faculdades de Medicina pela anuência destas em aceitarem dezenas de alunos a mais por ano não foram efectivadas (financiadas) senão a níveis mínimos. O Contrato Programa de Desenvolvimento celebrado para melhoria e desenvolvimento da FML em 2001, não deu ainda resultados visíveis e a FML teve de recorrer às suas verbas para evitar roturas funcionais em 2004/2005. Antevê-se que no futuro imediato a situação não tenha alterações substantivas.

3. As inopinadas alterações que houveram de introduzir no actual 6o ano vão causar inevitáveis repercussões na organização de todos os anos do curso. Estas alterações não serão aceites pacificamente. O ano lectivo terá de começar mais cedo, as 2^{as} chamadas terão de ser extintas e, também, a margem de escolaridade para o núcleo curricular optativo terá constrangimentos. Nestes limites temporais há que repensar todo o programa de formação, a sua escolaridade e as bases logísticas em que se apoiará.

Nesta ordem de alterações haverá também que adaptar as unidades de crédito às utilizadas no sistema europeu de ECTS (*European Credit Transfer System*), definido pelo Processo de Bolonha e adaptado no sentido de incrementar a empregabilidade e a mobilidade profissional na União Europeia, na realidade um programa que está a ser muito inflacionado, mais por razões económicas (e políticas) em outros domínios do saber, mas ainda sem efeitos nos cursos de Medicina.

Finalmente, o sistema de ensino-aprendizagem em vigor na FML ainda está, por força das circunstâncias funcionais e dos recursos humanos disponíveis, baseado em disciplinas e grandes áreas integradoras, que se têm revelado pouco eficazes. São requeridas melhorias substanciais na comunicabili-

dade, integração e rendimento formativo interdisciplinar o que, na prática, requer uma participação mais vocacionada para os interesses da Faculdade do que tem sucedido, a par com uma maior disponibilidade ou exclusividade funcional dos seus docentes e investigadores, e uma capacidade de coordenação pedagógica (em cada ano e global) mais eficaz, como estava determinado mas tem sido pouco assumido nalguns sectores.

Resta ainda esclarecer se, para as alterações exigíveis, existem médicos interessados e disponíveis para o ensino (e investigação) da Medicina, enquanto se mantiver a actual organização dos serviços, de docência e assistencial. Não obstante constar do preâmbulo dos decretos a importância da valorização académica e profissional, o Ministério da Saúde faz incidir o seu principal objectivo na actividade assistencial, a qual, além de ser melhor remunerada do que a académica, confere escassas motivações de carreira e de oportunidades temporais para participação dos clínicos na docência e na investigação. Naturalmente continuará a acentuar-se a redução da base de recrutamento de médicos qualificados para ensinar na (s) Faculdade (s), com tendência para uma progressiva diferenciação no perfil da formação dos docentes dos básicos e clínicos.

4. Concluindo, no presente ano lectivo, além do encurtamento e adaptação de emergência no plano de aprendizagem do 6^o ano em estágio clínico, procedeu-se à reformulação do 3^o ano e a outros acertos pontuais mínimos. No 3^o ano, as sete disciplinas e duas áreas que existiam foram reduzidas a seis disciplinas, das quais uma é semestral (a de Genética) e as restantes anuais (Farmacologia, Microbiologia, Anatomia Patológica, Introdução à Clínica e Mecanismos da Doença). Desta transformação do 3^o ano resultou que a disciplina de Medicina Preventiva II no 3^o ano deu lugar à de Epidemiologia, integrada na área da Medicina I do 4^o ano. Por outro lado, a Imunologia Básica transitou do 3^o para o 2^o ano do curso.

Na certeza de que o futuro exigirá mais e melhores modificações, faço votos para que docentes e alunos, apesar das dificuldades e incertezas evidentes, continuem a empenhar-se no bom desenvolvimento do programa de formação inicial da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, deste modo dignificando-o.

A importância de definir as Competências Nucleares do Licenciado em Medicina*

O impulso para a modernização curricular

O documento agora apresentado explicita eixos orientadores definidos pelo grupo das Faculdades Portuguesas com ensino médico, liderado pela Faculdade Medicina de Lisboa, no enquadramento determinado pelo Programa de Desenvolvimento para a Promoção da Qualidade do Ensino Médico na Universidade de Lisboa¹.

A adaptação do modelo e conteúdos da educação médica a uma perspectiva de transição (na dependência de factores sociais, culturais, económicos e tecnológicos) tornou-se mais premente na última década do século anterior. Todavia, a dinâmica para a mudança suscitada pela insatisfação pelos modelos educacionais – desenquadrados das novas exigências em cuidados de saúde, e do aporte de novos conhecimentos biomédicos – tem sido uma constante desde a segunda metade do século XVIII.

As recomendações formuladas no relatório Flexner², foram o ponto de partida para uma profunda modificação nos objectivos e conteúdos do ensino médico, ao fazer anteceder a aprendizagem clínica de um período de preparação sistemática em ciências fundamentais, constituintes de um sector impulsionador da pesquisa científica e que também contribuíam para uma matriz institucional (adequada e acreditada à formação e investigação médicas) de nível universitário.

A “Declaração de Edimburgo”³, emanada do 1º Congresso Mundial

* P – In: “O Licenciado Médico em Portugal. Core Graduates Learning Outcomes Project,” ed. FML 2005, pp. 9-17.

¹ O Programa de Desenvolvimento foi celebrado em 7 de Dezembro de 2001 entre os Ministros da Educação, Ciência e Tecnologia e da Saúde e o Reitor da Universidade de Lisboa.

² Flexner A. – Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching”, Bulletin nº 4 1910 (reprodução de 1960).

³ “The Edinburg Declaration” – Med. Educ 1988; 22:481.

sobre Educação Médica, definiu por amplo consenso as normas educacionais, os objectivos formativos e as condições estruturais determinantes para a modernização da educação médica e formação profissional a nível planetário. Como é sabido, o Governo Português e as Faculdades de Medicina Portuguesas aderiram de imediato àquele movimento, acolhendo meses mais tarde a primeira reunião regional organizada na Europa subsequente àquele congresso sob a designação de “Iniciativa de Lisboa”⁴.

Entretanto, também nos Estados Unidos era sentida a necessidade de novos processos de formação médica. O relatório de “The Robert Wood Johnson Foundation Commission on Medical Education: The Sciences of Medical Practices” começou a ser preparado em Fevereiro de 1990, sendo divulgado dois anos depois⁵. As recomendações contidas reflectiam o sentir das escolas médicas norte-americanas quanto às medidas indispensáveis a serem tomadas para uma prática clínica reforçada pelos conhecimentos e perspectivas da “nova biologia” que então começava a despontar como paradigma, sob a designação de medicina molecular. Adicionalmente, havia que induzir uma renovada ênfase na prevenção em saúde, através da incorporação ou reforço das ciências de comportamento, sociais, comunicação e epidemiologia clínica. Existia a convicção de que aquelas alterações adicionais, a serem concretizadas, constituiriam apenas o início de um período de transição de duração imprevisível. Os novos conhecimentos, práticos e tecnológicos, a inserir num contexto socio-económico igualmente sob modificação acelerada, criariam continuadas exigências para a renovação da educação médica pré-graduada e, não menos importante, para uma progressiva actualização educacional da pós-graduação, visando o desenvolvimento profissional continuado. Naquelas recomendações antevia-se que o ensino médico viria a ser não só presencial mas também aberto aos sítios exteriores onde estivessem o aluno ou o médico interessados. A aprendizagem por meios electrónicos à distância (*e-learning*) justificava-se como uma peça importante, a completar ou a ser completada pela telemedicina, como forma de rentabilizar saberes, experiências e recursos tecnológicos junto das comunidades médicas periféricas mais carenciadas.

A contrapor à aprendizagem de conhecimentos dissociados, com recurso quase exclusivo à memorização e não relacionados com a evolução científica contemporânea, que eram de uso comum nas escolas médicas até aos anos 80 do passado século⁶, e também à sucessiva fragmentação da investi-

⁴ “Ministerial Consultation for Europe” – Med. Educ. 1989; 23:206.

⁵ “Medical Education in Transition” – Report of the Robert Wood Johnson Foundation Commission on Medical Transition: The Science of Medical Practice, Robert Q. Mason e Roseann M. Jones (eds), The Robert Wood Foundation, Princeton, N.Y. 1992.

⁶ Ludmerer K.M. – “Time to Heal: American medical education from the turn of the century to the era of managed care”, New York: Oxford Univ. Press, 1999.

gação e da prática clínica em especialidades e sub-especialidades, tornava-se indispensável uma planificação integradora e coerente que distinguisse o que deve ser ensinado, e como^{7,8}.

A impregnação científica do curso de Medicina, com base nos conhecimentos e potencialidades interventivas da medicina molecular, seria o caminho adequado para a modernização da educação médica e para uma prática clínica mais eficaz e esperançosa. Naquele propósito, haveria que dotar cada instituição de capacidades para assegurar um processo regular de avaliação da qualidade do ensino e dos resultados deles obtidos.

Actualmente é indiscutível a importância da auto-avaliação e da avaliação exterior de cursos de Medicina e das instituições que a leccionam. É de prever que idênticos procedimentos venham a tomar consistência no âmbito da formação pós-graduada e, também, da formação médica contínua.

O crescente empenhamento dos governos na definição das políticas de saúde, com base em indicadores de risco, estabelecimento de prioridades na investigação e directivas promotoras de uma vida mais saudável, revela que o assunto está a merecer a devida atenção^{9,10,11}. Por seu lado, também é patente um movimento global da educação médica no sentido de acompanhar e, sobretudo, prever as alterações que inevitavelmente vão verificar-se nas doenças, nas tecnologias de aplicação médica, nos apoios socio-económicos na realidade dos contextos clínicos em que os profissionais de saúde terão de actuar num futuro próximo^{12,13}.

É parte intrínseca do acto médico que o clínico estabeleça o diagnóstico e o prognóstico, institua terapêuticas adequadas e, também, que promova a saúde e recomende medidas preventivas aos pacientes que o consultam. Para desenvolver com eficácia e responsabilidade aquelas actividades, o clínico tem de adquirir formação específica sobre um conjunto de matérias teóricas e práticas, comportamentos e atitudes. Os conhecimentos científicos aplica-

⁷ Spaulding WB. – “Revitalizing Medical Education”. Mc Master Medical School. The Early Years 1965-1974”, B.C. Hamilton: Decker Inc, 1991.

⁸ Tosteson D.C., Adelstein S.J., Carver S.T. – “New Pathways to Medical Education”, Boston: Harvard Univ. Press, 1994.

⁹ “Life Sciences and Health Challengers”, Susan Raymond (Ed), New York: N.Y. Acad. Sci. 1998.

¹⁰ Vilaverde Cabral M, Alcântara da Silva R, Mendes H – “Saúde e Doença em Portugal”. Lisboa: Imprensa da Ciências Sociais, 2002.

¹¹ P Ferrinho, M Bugalho, J Pereira Miguel – “For Better Health in Europe”, Oeiras: Fund. Merck Sharp & Dohme, 2004.

¹² J de Koning, N Linders, F Smolders, S Willemstein – “Medical Education in Europe”, Med-Net, EU-Socrates Programme, 1998 Lille, 1999 Maastricht.

¹³ Garcia-Barbero M – Medical education in the light of the World Health Organization Healthy for All strategy and the European Union. Med. Educ. 1995; 29:3-12.

dos à Medicina terão de ser progressivamente integrados num todo coerente e enquadrados numa perspectiva probabilística, que possibilite a definição da prevalência, da incidência e do prognóstico das doenças, dê suporte às opções tomadas, à avaliação dos resultados terapêuticos e fundamente as medidas preventivas da doença e de promoção da saúde.

Uma parte substancial das actividades clínicas actuais não dispensa a utilização corrente dos meios informáticos, através de computador pessoal. A gestão da informação disponível e adequada para a interpretação das situações e acompanhamento individualizado de cada doente, a contextualização da prática clínica a nível institucional e global, o incremento dos procedimentos com suporte na designada *Medicina da Evidência*, as exigências do trabalho em equipa e a interacção com outros profissionais para partilha de esclarecimento de assuntos científicos ou técnicos, deixou de ser virtualmente possível sem o recurso à informática. Por conseguinte, a familiarização com as novas tecnologias é actualmente parte indispensável da aprendizagem dos conhecimentos científicos requeridos para o acompanhamento regular da prática clínica.

A propósito, é de destacar a crescente importância e apoio que a OCDE tem concedido à disseminação das novas tecnologias de ensino à distância, a nível da comunidade europeia¹⁴. Por isso, será de prever que a futura geração de estudantes de Medicina apresente capacidades e hábitos de aprendizagem *e-learning* muito superiores às das gerações anteriores, o que assegurará uma intercomunicação de conceitos e práticas mais consentâneas às exigências médicas do futuro.

A eficiência com que decorre a formação médica constitui uma prioridade natural das escolas médicas. Para reforço daquele propósito tem sido recomendada a inclusão de procedimentos no âmbito da pedagogia e da psicologia da aprendizagem, Embora o recurso àquelas técnicas seja ainda globalmente reduzido, em grande parte atribuída à resistência dos docentes a outras metodologias que não sejam as que lhes confere a experiência profissional, é um facto que o que se ensina deve ser avaliado por métodos consentâneos. Considerando que a Medicina actual baseia a sua eficácia na capacidade que os seus profissionais têm em resolver problemas, quer o ensino quer a avaliação dos conhecimentos deverão ser orientados por objectivos e problemas concretos, Deste modo, a tradicional e exaustiva memorização das matérias, bem como a utilização de exames com perguntas de escolha-múltipla, são exemplos redutores e insatisfatórios. Acresce que o ensino, nas suas virtualidades de comunicação e respectivo suporte técnico, será substancialmente muito valorizado se, e quando, os docentes também obtiverem formação de formadores, e as instituições promoverem estudos e programas exploratórios para a modernização

¹⁴ “Education Policy Analysis”, OECD, 2001.

dos processos de ensino, preferencialmente orientados para as necessidades concretas da prática profissional.

No seguimento daquelas apreciações e recomendações internacionais referidas, um número crescente de instituições de ensino médico optou pelo modelo de ensino-aprendizagem centralizado no aluno em lugar do docente, e as aulas teóricas magistrais foram preteridas por aulas com um reduzido número de alunos sob a orientação de um docente, para aprendizagem por resolução de problemas. Nesta última modalidade está prevista a iniciação precoce do aluno em situações de natureza clínica, quer teórica quer prática, a desenvolver recorrentemente ao longo do curso. É promovida a crescente interação e integração de problemas e matérias, de modo a que os conhecimentos das ciências básicas sejam orientados para uma aplicação clínica e, quando no contexto clínico, as soluções adequadas também façam uso dos conceitos básicos e biomédicos.

Entretanto, não se justificará que a educação clínica continue confinada aos hospitais terciários e, por conseguinte, ao doente acamado ou que frequenta as respectivas consultas externas. Aqueles doentes representam, em geral, situações clínicas agudas ou especiais, que raramente serão atendidas na clínica diária em ambulatório. Por conseguinte, a aprendizagem médica deveria ser reforçada a nível de centros de saúde, hospitais distritais, hospícios e outros locais de prestação de cuidados de saúde na comunidade, habitualmente frequentados por doentes com afecções mais comuns, doenças crónicas ou situações de degenerescência e dependência, com acompanhamento em meio não-hospitalar.

Formação médica por objectivos

Por influência das recomendações emanadas em 1993 pelo General Medical Council (GMC), as escolas médicas do Reino Unido decidiram introduzir modificações profundas no respectivo programa curricular^{15,16,17}. Fundamentalmente, aquelas modificações visavam corresponder aos requisitos discriminados no “Tomorrow’s Doctors”, para uma prática profissional exigente e de acordo com as necessidades específicas em cuidados de saúde. O programa educacional sugerido naquela publicação do GMC incluía um núcleo curricular obrigatório, a ser completado por uma componente optativa, conforme o modelo que havia sido proposto dois anos antes pelo Kings Fund

¹⁵ “Tomorrow” Doctors”, General Medical Council, London 1993.

¹⁶ “The New Doctor”, General Medical Council, London 1997.

¹⁷ Association for the Study of Medical Education (“Delivering the New Doctor”), London 1998.

Centre¹⁸. Era também proposto que a transmissão/aquisição da informação factual leccionada desse lugar a uma metodologia de ensino-aprendizagem baseada em problemas clínicos, integrando vários domínios do conhecimento; o programa deveria ser orientado por objectivos globais e específicos ao longo do curso, perspectivando os conhecimentos, competências e atitudes a alcançar pelos futuros licenciados; por fim, o último ano do curso seria organizado como prática clínica integral, a decorrer durante um ano, em duas áreas fundamentais (*Medicina e Cirurgia*) ou, em alternativa, também em duas áreas optativas. Por enquanto, continuam por definir os conteúdos do núcleo curricular. Pelo contrário, o ano de estágio final (*pre-registration house officer*) reuniu consenso global, em grande parte por haver concordância quanto a objectivos educacionais a atingir no termo da licenciatura e, não menos importante, devido ao estágio ser uma etapa exigível para ingresso na carreira médica do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido.

A definição e a explicitação clara do que o médico deve saber, saber fazer e como comportar-se perante o doente e a comunidade, constitui um passo essencial para a estruturação de um programa curricular por objectivos e resultados a atingir, com metodologia apropriada e a ser dinamizada por formadores conhecedores e treinados. Aquela dinâmica para um modelo educacional por objectivos, orientado para as necessidades da prática clínica, tem reunido também aceitação internacional^{19,20,21,22}. A expansão do espaço europeu a um número crescente de países tem sido acompanhada por medidas que possibilitam a partilha, a mobilidade e a empregabilidade dos seus cidadãos nas diversas regiões integrantes. A União Europeia, através de uma comissão especializada para a formação médica, procurou definir os padrões em educação médica que fossem aceitáveis e compatíveis com aquela mobilidade, e que possibilitassem a comparação de instituições de diferentes países e avaliar a qualidade dos seus programas educacionais²³. De momento, as directivas comunitárias ainda estão restringidas ao processo e aos conteú-

¹⁸ Towle A – “Critical Thinking: the Future of Undergraduate Medical Education”, Kings Fund Centre, London. 1991.

¹⁹ Association of the American Medical College (AAMC). Report 1: Learning objectives for medical student education. Guidelines for Medical Schools”, AAMC, Washington, 1998.

²⁰ AMEE Education Guide, nº 14, AMEE, Dundee 1999.

²¹ Harden RM – Developments in outcome-based education. *Med. Teacher* 2002; 24:117-120.

²² Newble D, Stark P, Bax N, Lawson M – Developing and outcome focused core curriculum. *Med. Educ.* 2005; 39:680-687.

²³ European Economic Community Advisory Committee on Medical Training. Recommendations for undergraduate medical education. Brussels III/F/5127/3/92. 1992.

dos dos programas educacionais, não especificando os objectivos e resultados finais a atingir²⁴.

A renovação do currículo médico em Portugal

Na sequência da “Iniciativa de Lisboa”, o Governo Português constituiu a Comissão Interministerial para a Revisão do Ensino Médico (CIREM)²⁵, que recebeu a incumbência de definir os principais objectivos globais para um novo programa curricular da pré-graduação médica, em articulação com a fase de pós-graduação. Entre outras recomendações, a CIREM, então coordenada pelo Prof. Doutor Artur Torres Pereira, propôs a definição de um estágio clínico profissionalizante com a duração de 15 meses, a realizar no 6.º ano do curso, o qual se destinaria também a substituir o período do Internato Geral.

Aquelas recomendações foram aprovadas, sendo decidido iniciar o novo programa curricular a partir do ano lectivo de 1995-96 para o 1º ano do curso, deixando às Faculdades o trabalho de redefinirem domínios, conteúdos, metodologias e a estrutura funcional daquela pretendida reformulação.

Tive o privilégio de acompanhar os estudos para o novo programa curricular, primeiro como subdirector (1991-1994) e, depois da jubilação do Prof. Torres Pereira, como director da FML. Desde o princípio foi admitido não haver condições (estruturais, financeiras) nem recursos humanos que possibilitassem uma modificação radical do modelo educacional tradicional que era seguido na FML, de modo a aproximá-lo da estrutura recomendada pela Declaração de Edimburgo. Em alternativa foi delineado um modelo híbrido, que deixava em aberto a introdução das inovações à medida que houvesse oportunidade e meios para o fazer. As modificações mais determinantes consistiam na redistribuição dos conteúdos educacionais pelos cinco primeiros anos do curso, de modo a adaptar o 6º ano a estágio clínico, tendo como objectivo global a formação do médico pluripotencial. O programa passou a incluir um núcleo curricular obrigatório e dezenas de actividades optativas para complemento do total de créditos do curso. O recurso à transmissão e recolha de informação por meios informáticos foi fortemente incentivado. A integração de actividades científicas a serem realizadas pelos alunos foi outra medida válida. Por fim, o 6º ano como estágio clínico foi planificado por uma comissão interna²⁶, de acordo com as recomendações da

²⁴ Leinster S – Standards in medical education in the European Union. *Med. Teacher* 2003; 25:507-509.

²⁵ Criada por despacho conjunto 26/ME/89 e 82/ME/89 de 18 de Março e 22 de Maio, dos Ministérios da Educação e da Saúde, respectivamente. *Diário da República*, II Série nº 65 e n.º 132.

²⁶ Comissão de Reflexão sobre os Objectivos, Desempenhos e Atitudes Curriculares (CRODAC), 1997-1998. In: “Revisão Curricular na FML 1992-1999”, *Série Estudos e Documentos*, vol. 1, Faculdade de Medicina de Lisboa; pp. 401-409.

CIREM, e tendo como orientação genérica o modelo desenvolvido pelo GMC no Reino Unido¹⁵.

Simultaneamente, foram definidas listagens de objectivos cognitivos, desempenhos clínicos, comportamentos e atitudes, que constituiriam a orientação global para a formação médica por objectivos explícitos, no que houve particular influência do programa desenvolvido pelas escolas médicas holandesas²⁷. Por enquanto, o modelo por objectivos educacionais utilizado pela FML restringe-se ao estágio clínico, que vigora desde 2000-2001,

Com o decorrer dos anos e pela experiência obtida verificou-se haver necessidade de modificar alguns dos objectivos formativos, determinantes da competência nuclear de cada valência do estágio. Esta perspectiva justificou a participação da FML, como líder de um grupo de cinco outras faculdades de medicina estrangeiras (de Espanha, Hungria, Reino Unido e Alemanha), no âmbito do programa Leonardo da Vinci²⁸, em que o objectivo comum consistia no desenvolvimento do estágio clínico com base no programa da FML.

Entretanto, com a colaboração das restantes Faculdades Portuguesas com ensino médico, foi possibilitado um estudo aprofundado das competências nucleares do futuro licenciado em Medicina. O relatório final que substantia o presente documento constitui um passo importante no trajecto iniciado há uma década e que, não obstante as omissões e dificuldades encontradas, reflecte a vontade expressa das instituições em contribuir para a efectiva modernização da formação médica e, por conseguinte, também para uma prestação de cuidados de saúde de qualidade em Portugal.

Agradecimentos

A colaboração aberta e construtiva dos colegas que representaram as Instituições Portuguesas de ensino médico justifica o nosso particular reconhecimento.

Igualmente agradecemos às senhoras Carol Jollie e Judy McKimm, consultoras do projecto, pela qualidade das suas intervenções e pela síntese conseguida a partir de todos os contributos institucionais.

Lisboa, 24 de Maio de 2005.

²⁷ “Blueprint 1994: Training of Doctors in The Netherlands” (JCM Metz, GBA Stollinge, EH Pels-Rijaken-Van Erp Taalman Kip, BWM van den Brand-Valkenburg), University of Nijmegen, The Netherlands, 1994.

²⁸ “Mandatory Training Period: Guidelines for a New Approach”.

III – PROJECTO DA REFORMA CURRICULAR

3 – Constrangimentos

“Constrangimentos absurdos”**Res, non verba*

Estão há muito identificados os principais constrangimentos administrativos que afectam significativamente a coerência e a eficácia da formação médica nacional. São também conhecidos os motivos subjacentes à prolongada irresolução de problemas importantes. A demora é suficientemente longa para que se diga que dá tempo a que o “cabelo negro embranqueça na cabeça dos representantes das Faculdades de Medicina”.

A responsabilidade por tanta acomodação deve ser imputada, em primeiro lugar, às Faculdades de Medicina e, por razões óbvias, aos seus docentes efectivos, que pouco ou nada têm feito de substantivo e concertado para induzir melhorias significativas na situação. Tem havido muitas palavras sábias, muitas recomendações avulsas, muitas reflexões individuais, muita influência de bastidores, muita “visibilidade” cultivada, mas uma coisa é certa: cada um tem dito mais o que lhe vem à cabeça do que, como seria desejável, o que “está na cabeça das instituições”.

Em segundo lugar, existem obstáculos comuns que tanto afectam a funcionalidade das Faculdades de Medicina como a de qualquer outra instituição pública das Universidades Portuguesas. São obstáculos infelizmente desnecessários e alguns incompreensíveis, que não atendem às razões específicas da missão universitária e deixaram, há muito, de estar adaptados às exigências funcionais e ao modelo de gestão da época presente.

Finalmente, muita da responsabilidade pela reduzida eficácia e instabilidade do ensino médico recai nos ministérios de tutela que persistem em não atender às particularidades (e responsabilidades) da formação médica e às propostas submetidas ao longo de décadas pelas Faculdades de Medicina, emanadas por Jornadas e sucessivos Congressos Nacionais de Educação Médica e, também, sugeridas pela Sociedade Portuguesa de Educação Médica.

* NE – In: da Boletim SPEM 1998; III Série, 8 (2): 1-3.

Há constrangimentos fundamentais e outros mais secundários; uns resolvem-se sem dificuldade enquanto outros serão ultrapassados somente após laboriosas negociações. Porém, sejam pouco ou muito relevantes para a funcionalidade do sistema, o certo é que basta uma “fixação” localizada num qualquer resquício de poder para criar desajustamentos com repercussões que se eternizam. A qualidade dos recursos humanos disponíveis como formadores constitui o principal factor determinante dos resultados finais da formação médica e, *ipso facto*, da qualidade da assistência clínica pretendida dos respectivos alunos e futuros médicos. Também não basta haver formadores em quantidade: exige-se que a sua qualidade tenha nível adequado às finalidades do ensino pré-graduado.

Naturalmente que nem todos os médicos que prestam actualmente serviço nas unidades hospitalares e nos centros de saúde com responsabilidade de apoio ao ensino médico pré-graduado estão preparados, motivados e/ou interessados em leccionar. Haverá outros, contudo, que gostam e têm qualidade para colaborar na docência. A coexistência de ambos os tipos de potenciais formadores naqueles sectores ou unidades do Serviço Nacional de Saúde em que decorre o ensino do ciclo clínico pré-graduado não se afigura aconselhável. O mesmo decorrerá com o restante pessoal paramédico e auxiliar das unidades assistenciais com ensino. A formação clínica do aluno de Medicina estará condenada a resultados pouco satisfatórios enquanto as unidades do Serviço Nacional de Saúde em que houver ensino clínico não forem seleccionadas pela qualidade dos seus serviços, não incorporarem pessoal médico e paramédico escolhido e com atribuições formais extensivas ao ensino, e não forem geridas rigorosamente na previsão daquela dupla missão.

Uma outra causa do desacerto crítico está na desconexão entre as carreiras médicas e universitárias, quer em termos de objectivos funcionais, remunerações e progressão profissional.

Os objectivos assistenciais de todas as unidades clínicas do Serviço Nacional de Saúde, incluindo as que têm atribuições no ensino médico, são determinados pelas Administrações Regionais de Saúde. A funcionalidade local dessas unidades depende dos seus directores clínicos.

Nem as direcções nem os médicos daqueles serviços assistenciais são necessariamente docentes. Poderão, também, não estar vocacionados para funções assistenciais nos mesmos serviços em que decorra o ensino de alunos de Medicina. Poderá ainda suceder que as unidades com actividades de ensino sejam consideradas “não carenciadas” pelas direcções clínicas. E, nestas condições, poderá suceder que alguns dos seus médicos com funções docentes sejam transferidos (pela vertente da saúde) para unidades “carenciadas” da mesma área. Poderá também suceder que as unidades de saúde com ensino, pelo facto de serem hospitais centrais de “fim-de-linha”, venham a receber nas suas enfermarias doentes terminais ou com patologias

muito complexas e próprias de sub-especialidades, em ambos os casos muito pouco adequadas à aprendizagem dos estudantes de Medicina. Enfim, todo um cortejo de hipóteses que, ao longo dos anos, se tornou progressivamente real e com existência perfeitamente actual.

As diferenças de remuneração entre posições equivalentes das carreiras médica e universitária são motivo para uma clara opção pela carreira clínica. Em consequência, a crescente desertificação das áreas básica e pré-clínica do ensino médico pré-graduado por candidatos médicos tem vindo a ser colmatada por licenciados e doutores com formação não-médica, designadamente biólogos, farmacêuticos e bioquímicos, sendo as equipas completadas por médicos com vinculação a tempo parcial, quase só para colaboração no ensino. Por sua vez, o ensino clínico é assegurado por docentes médicos, em número muito reduzido e, na maior parte, em regime de colaboração parcial. Há muito que a formação clínica depende da ajuda generosa, voluntária e gratuita dos médicos hospitalares e dos que trabalham em centros de saúde. Todavia, as ajudas dão-se como e quando é possível, e enquanto se quiser. Ao contrário do que pensam alguns altos responsáveis governamentais, não há qualquer obrigação por parte dos médicos hospitalares em colaborarem no ensino pré-graduado. Assim, nenhum médico hospitalar está obrigado a dar apoio tutorial ou a ensinar regularmente grupos de alunos, a menos que essa seja a sua vocação, tenha disponibilidade e preparação e seja remunerado por isso. Ultimamente, porém, com o agravamento das tarefas assistenciais, aquela disponibilidade escasseia, a que acresce alguma indignação pelas estratégias políticas que vêm sendo adoptadas para a formação médica pré-graduada, em que se inclui a ideia “peregrina” de que grande parte do ensino clínico pode e deve ser garantida por docentes voluntários. Talvez respigando mais ou menos o estilo em que funcionavam os extintos Hospitais da Misericórdia.

Entretanto, quer os médicos com vinculação formal às Faculdades de Medicina quer os que (ainda) dão colaboração gratuita ao ensino médico, não beneficiam minimamente, para efeitos de progressão profissional, do facto de participarem em actividades docentes ou de investigação.

Por razões minimalistas e discriminatórias, que continuam a beneficiar a mediocridade e a *massificação* pelo menor denominador comum, o concurso para o grau de consultor na carreira médica hospitalar confere apenas 0,5 valores (na escala de 0 a 20 valores) às actividades docentes e ou de investigação dos candidatos que exerçam funções daquele tipo junto das Faculdades de Medicina. Enquanto aquela valorização inacreditável (e inaceitável para a progressão profissional no âmbito das unidades clínicas com funções de ensino) continuar a ser atribuída nos concursos para a carreira médica, com o apoio do Ministério da Saúde e dos órgãos representativos da classe médica, jamais haverá melhoria, motivação, empenhamento, qualidade do

ensino médico e investigação clínica relevantes, quer nas Faculdades de Medicina quer nas unidades do Serviço Nacional de Saúde onde decorre esse ensino, assim como nas restantes, que naturalmente beneficiariam daquele desenvolvimento. O que é o mesmo que dizer que a melhoria qualitativa da actividade assistencial e da gestão dos recursos que se lhe associam, também requererá tempo e esforço, de momento incalculáveis, para a sua concretização. É a consequência natural de um constrangimento absurdo que recusa mérito e importância à investigação e ao ensino médicos quando, afinal, a melhoria de todas as vertentes da saúde, bem como o seu progresso, deles dependem estreitamente. Um absurdo comparável aos que outrora defendiam que era o Sol que girava à volta da Terra.

“Porém, ela move-se...”.

Superar as dificuldades*

1. Todo o ensino médico nacional está organizado e a decorrer (ainda) exclusivamente no âmbito do Estado, enquadrado em universidades públicas. Por conseguinte, todas as actividades que lhes competem (ensino, investigação e prestação de serviços) estão abrangidas pelas normas da administração pública, com as vantagens e constrangimentos daí resultantes, designadamente em termos de contratos e vinculação dos recursos humanos, aquisição de bens e serviços, repartição de responsabilidades entre tutelas distintas, e um conjunto de outras questões relevantes.

2. Sucede que as instituições públicas, por via dos códigos e mecanismos estabelecidos pelo Estado para todas as suas unidades das mais variadas espécies e domínios orgânicos, são particularmente difíceis de gerir em situações de mudança ou adaptação funcional. As modificações constantes que vêm ocorrendo aceleradamente na sociedade contemporânea, em particular desde a década de sessenta, criaram sucessivas situações, novas e multifacetadas, nos domínios do trabalho, da produção, da ciência e do conhecimento, entre muitas outras interfaces em que se define a vivência humana. Nestas condições é premente e prudente flexibilizar o sistema, introduzir novos mecanismos e ou criar outros modelos estruturais e funcionais compatíveis às prioridades socio-económicas, culturais e humanísticas de uma sociedade em mudança. Persistir em actuações constrangidas por ditames inadequados àquela evolução cria condições para a deterioração progressiva das instituições, para a perda da sua eficácia, para o incumprimento da sua missão, propicia inevitáveis conflitos internos e com o exterior.

3. Além daquelas dificuldades e desadequação funcionais, também extensivas às Faculdades de Medicina, é oportuno referir duas decisões tomadas em períodos diferentes pelo poder político, que muito prejudicaram a formação médica pré-graduada. A primeira consistiu na extinção dos hos-

* NE – In: Agenda da FML, 1999; 103; 2-3.

pitais universitários em 1977, pela qual o ensino médico deixou de ser efectivamente responsável pelas condições em que decorre a formação pré-graduada no ciclo clínico, ficando desde então dependente das entidades que gerem as unidades de saúde e das directivas instituídas pelo Ministério da Saúde. O segundo constrangimento ocorreu há cerca de cinco anos, sob a forma de um orçamento de convergência baseado num rácio docente-discente de 1/6. Desde então, e sem audição institucional prévia, as Faculdades de Medicina recebem um orçamento anual que é exclusivamente baseado no número de alunos inscritos e elegíveis em cada ano. Se a instituição tiver, por exemplo 1.200 alunos (aproximadamente os que estão inscritos este ano lectivo na FML), a Faculdade fica autorizada a contratar 200 docentes, isto é, cerca de 33 docentes para o ensino das disciplinas e áreas de ensino-aprendizagem de cada um dos 6 anos do curso. Há a esclarecer que os investigadores são contratados igualmente pelo mesmo critério, cabendo à instituição optar por docentes ou por investigadores. Também o número do restante pessoal (administrativo, técnico e auxiliar) permitido à instituição depende desse rácio, na proporção de 1 docente (ou investigador) para cada 0,8 de pessoal não docente. Foram previstas medidas correctoras para as instituições não cumpridoras, por via da redução do orçamento, a ser atribuído somente para o número teórico máximo de pessoal (docente e discente) pré-estabelecido. Atendendo a que a contratação de pessoal se refere a períodos prolongados de vinculação, que poderá ser definitivo para os docentes e outro pessoal de carreira, a penalização das instituições (em orçamento e/ou não autorização para contratações adicionais) afigura-se uma realidade incontornável. No momento presente a FML está com o índice de pessoal docente equilibrado ao dos valores globais de rácio mas tem um excesso significativo de pessoal não docente, há largos anos vinculado à instituição, do que resulta, para já, ter sido suspensa a admissão de novo pessoal para as vagas desbloqueadas pelo Ministério da Educação há cerca de um ano. As consequências são naturalmente muito lesivas do projecto institucional.

4. Não haverá muitos membros da FML que partilhem da ideia de existirem docentes em número suficiente para o ensino, e pessoal não docente minimamente necessário para as diversas actividades institucionais. Muito pelo contrário, são constantes as reclamações dos professores responsáveis pela leccionação das disciplinas e áreas de ensino-aprendizagem quanto à aguda carência de docentes e restante pessoal de apoio administrativo. Igualmente são detectadas lacunas gravíssimas entre o pessoal técnico de laboratório e de biblioteca; os que estão no activo têm média de idades superior a cinquenta anos. O quadro de investigação é reduzidíssimo e, por via dos condicionalismos referidos, não registará modificações próximas. Nestas circunstâncias não se afigura difícil o diagnóstico. A terapêutica requerida também parece óbvia, mas a sua administração é problemática.

5. A vida das instituições tem momentos bons e outros menos agradáveis, momentos em que é oportuno avançar e procurar novas soluções, em contraste a outros em que as condições são adversas. Nem uns nem outros são imediatamente previsíveis em ritmo ou frequência, embora a experiência nos lugares, a observação dos sinais e o conhecimento das pessoas possa dar algum contributo aos seus responsáveis. Aparentemente, esta vitalidade configuraria uma receptividade concertada por parte das instâncias superiores, para as propostas preparadas pelas diversas instituições de ensino médico. Todavia, as propostas apresentadas em 1998 por diversas comissões de nomeação bi-ministerial não tiveram qualquer seguimento, excepto em particularidades previsíveis por questões políticas exteriores. Em consequência, as soluções fundamentais continuam adiadas, estando em curso em 1999 o desenvolvimento de um plano estratégico para a formação na área da Saúde, inserido entre as prioridades governamentais a partir do próximo ano. Simultaneamente, são justificáveis passos de aproximação para colmatar situações de emergência, os quais, porém, ainda não se vislumbram no horizonte.

6. O irrealismo do rácio docente-discente imposto às Faculdades de Medicina é uma dessas situações urgentes a resolver pelas instâncias superiores, com base na documentação (abundante) apresentada e reafirmada em sucessivas ocasiões pelos seus representantes legítimos. Nem o docente pode estar sujeito às circunstâncias redutoras em que decorre o ensino nas unidades de saúde, nem os alunos estão a receber a preparação qualificada e recomendável que cumpre às Faculdade de Medicina e que o Serviço Nacional de Saúde pretende, nem os doentes estão a merecer a atenção ética que se impõe, no seu duplo papel de participante passivo no ensino e requerente de cuidados de saúde qualificados por médicos competentes.

7. As instituições não são entidades abstractas nem somente edifícios ou pessoas contratadas para os seus serviços. A existência de uma instituição começa com a definição de um propósito, um conceito iniciador, uma estratégia, mecanismos e pessoas adequadas à missão institucional. Para que a instituição continue a cumprir eficazmente a sua acção, há que definir mecanismos de gestão compatíveis, assegurar o controlo contínuo da qualidade e dispor de processos correctores que viabilizem a adaptação das estruturas, dos recursos (humanos e financeiros) e das funcionalidades do sistema.

8. A carência ou inactivação de qualquer um daqueles pressupostos essenciais contribui para a deterioração funcional das instituições e, por último, para a desagregação do conceito original e para a desmotivação dos seus agentes. A instituição perde força e dignidade. De igual modo, os seus investigadores, docentes, alunos e pessoal não docente “perdem a alma”

quando têm de renunciar aos seus sonhos e aos seus ideais, por força dos constrangimentos à sua actuação.

9. As dificuldades que vêm ocorrendo no ensino do ciclo clínico da Faculdade de Medicina de Lisboa são consequências inevitáveis de um modelo funcional que há largos anos está desadequado aos objectivos institucionais e às necessidades dos cidadãos. Urge modificar as premissas e, para tal, contribuir com soluções credíveis para uma actuação dignificada e mais responsável da formação médica. Neste intervalo, em que se procuram soluções e preparam mecanismos, é indispensável que a FML supere as dificuldades com entusiasmo, energia, profissionalismo e convergência de esforços.

Cultive-se o optimismo da vontade*

1. O sentido fundamental da missão da FML – e, também, o de qualquer outra instituição de ensino médico digna dessa designação – consiste em educar os seus alunos para a profissão médica e para o progresso da medicina, preparando cidadãos com responsabilidades acrescidas na promoção e preservação da saúde, e na prestação de cuidados de saúde a quem deles necessitar.

2. Para cumprir aquele desiderato com eficácia, as instituições de ensino médico têm de dispor de infra-estruturas, de recursos (humanos, financeiros e instrumentais) e de um modelo funcional, adequados aos objectivos institucionais imediatos e, ainda, às perspectivas que se prevêem a médio prazo.

3. É difícil graduar a importância relativa de todos os condicionalismos essenciais de que depende o rendimento e os resultados da formação médica pré-graduada. Essa dificuldade tende a acentuar-se quando na instituição formadora decorre um processo de mudança. É sabido que os processos de mudança geram desequilíbrios estruturais e funcionais, donde resultam reacções de insegurança, apreensão, desconfiança ansiedade e, também, perplexidades de raiz diversa na generalidade dos intervenientes, activos e passivos, no processo. Talvez que o motivo principal para a reacção à mudança esteja na alteração de um *status quo* para o qual se haviam encontrado soluções satisfatórias. Assim como qualquer indivíduo se habitua aos sítios por onde circula e onde vive, deixando progressivamente de se aperceber dos seus pormenores, também a mesma acomodação poderá acontecer para as tarefas a desempenhar.

4. A acomodação complacente, com perda do significado da tarefa individual, será o pior que pode acontecer, quer para o próprio quer para a instituição a que se pertence. Por uma razão simples: mais do que financiamentos

* NE – In: Agenda da FML, 1999; 105; 2-3.

e equipamentos, as instituições dependem das pessoas que as integram, do entusiasmo que põem nas actividades em que participam, da resistência que oferecem às dificuldades, na determinação com que enfrentam os obstáculos, enfim, na força interior que os mantém em movimento produtivo.

5. A realização de um empreendimento qualquer requer o contributo e o consenso de muitas pessoas. Não é possível assegurar o êxito do projecto que lhe está implícito se uns tantos dos seus intervenientes, que deram a sua anuência e a ele se vincularam contratualmente, resolvem alhear-se dos trabalhos a que se obrigaram ou, até, participam em actividades concorrentes.

6. Às instituições universitárias do primeiro plano (ou as que, não o sendo, procuram atingir aquele nível) não podem interessar pessoas que se alheiam dos seus objectivos, que se “encostam” aos que trabalham, além daqueles que deixam de se aperceber do sentido e significado das tarefas de que estão incumbidos. Sem dedicação, sem entusiasmo, sem a capacidade para “mudar o mundo”, não há formação universitária actualizada e eficaz. Para que a Universidade cumpra a sua missão requer pessoas capazes de ir ao encontro dos objectivos institucionais e das necessidades reais dos seus formandos, enfim, requer profissionais dedicados, competentes, entusiastas e enérgicos.

7. A formação médica traz condicionalismos acrescidos e também exigências supletivas. É por isso uma fonte de potenciais álibis e atritos, individuais e institucionais, que corroem o consenso e prejudicam a concretização dos respectivos objectivos. As reconhecidas dificuldades assistenciais por que passam os hospitais escolares são, há longos anos, uma causa determinante das deficiências registadas no ensino clínico. A qualidade da assistência médica subsequente não poderá, por isso, ser dissociada da qualidade da preparação clínica na pré-graduação.

8. A qualidade de ensino clínico poderá ser efectivamente influenciada pelas condições funcionais, gestão e prioridades definidas pelo sector da Saúde em cada uma das suas unidades. Todavia, mais importante do que a logística do processo, será o incentivo que a tutela transmite aos médicos hospitalares recrutados para actividades docentes. Na realidade, nenhum dos médicos hospitalares ou de centros de Saúde que estejam vinculados à docência é compensado pelo seu melhor ou menor empenhamento pedagógico-científico na formação pré-graduada. O incentivo recebido nos concursos da carreira médica hospitalar não ultrapassa uns insultuosos 0,5% (numa escala de 0 a 20 valores). Cerca de 50% dos actuais docentes do ciclo clínico colaboram no ensino a título gratuito, o que ainda mais destaca o absurdo da

situação. Agora, com a extensão do novo plano curricular ao ciclo clínico, vieram à superfície as inúmeras dificuldades, incongruências, disfuncionalidades e desarticulações reconhecidas.

9. Os factos referidos, alguns de longa data, vêm sendo sucessivamente divulgados junto das instâncias superiores, sem qualquer resultado prático. O agravamento progressivo das condições assistenciais somente agudizou a descoordenação e as dificuldades do ensino clínico. Na prática, isto significa que a Faculdade de Medicina passou a ter (e a sentir) ainda maiores dificuldades das que já tinha em garantir a qualidade da formação (clínica) que decorre na segunda metade do curso. Do outro lado existe a unidade hospitalar que, além de uma tarefa assistencial gigantesca, sujeita a múltiplas “solicitações-limite”, tem a incumbência acrescida de receber e possibilitar o ensino a cerca de 500 alunos em cada ano.

10. Não é fácil manter a motivação, a generosidade e o optimismo perante tão precária situação, que mais lembra outros cenários mas, de modo nenhum, se assemelha aos dos países mais desenvolvidos. Todavia, é nas dificuldades extremas que se vê a têmpera dos homens. Não daqueles que passam o tempo a reclamar sem nada contribuir, e não dos que se limitam a cumprir horário (ou nem isso) sem nada darem de si, em esforço útil ou obra feita.

As instituições em dificuldade, além de liderança determinada, requerem membros com entusiasmo, com optimismo, lutadores por convicções, e projectos, com dedicação sem horário e sem desfalecimentos, com o olhar e o querer virados para a mesma direcção.

A terminar, vem a propósito recordar a mensagem de Gramsci, de que *“face ao pessimismo da inteligência está o optimismo da vontade”*.

Saúde – Direitos e Realidades*

A área da Saúde constitui um conjunto plurifacetado de expectativas e realidades, cujo fim último consiste em assegurar o estado de completo bem-estar físico, moral e social de cada indivíduo. Para a concretização daquelas finalidades, que recaem nas prioridades individuais mais sentidas e preservadas e, por isso, garantidas constitucionalmente como direitos fundamentais, são disponibilizadas pelos governos frações substanciais do Orçamento de Estado. Infelizmente porém, nem sempre os recursos atribuídos chegam para as carências registadas.

Os encargos com a área de Saúde estão a ultrapassar todas as previsões orçamentais, particularmente nos países tecnologicamente mais evoluídos. O direito à saúde começa a ser um peso excessivo a suportar na totalidade pelos governos, a menos que os impostos também aumentem. Daqui resulta um equilíbrio instável e uma impopularidade indesejada pelos governantes em qualquer das situações, isto é, quer aumentem ou não os impostos. Em alternativa resta estimular cada cidadão a que procure outros apoios, através de companhias de seguros ou outros esquemas de solidariedade social não estatal. Deste modo, e alegando que tudo tem um preço, o Estado restringe progressivamente o apoio às camadas mais desfavorecidas da população, e procura que as restantes se protejam a si próprias.

Enquanto a situação não se define, nem os apoios são suficientes nem a qualidade de serviços tende a melhorar. Entre nós, devido a insuficiências estruturais ainda não corrigidas no sistema periférico dos primeiros cuidados, e também devido à predisposição cultural de uma população desconfiada e farta de ser mal entendida, tudo recai no que deveria ser o último reduto dos serviços de saúde, as urgências hospitalares. Estas, pelo aspecto de “hospital de campanha pós-catástrofe”, espelham uma imagem muito desfavorável do sistema de saúde nacional, que tende a ser aceite como verdadeira pela generalidade da população.

Por via desta desorganização, em que tudo é pedido a um sistema-

* A – In: Ordem dos Médicos 1998; Abril: 36-37.

-previdência mas em que, na realidade, não existem estruturas nem capacidades financeiras para que essa cobertura seja eficaz e possa satisfazer todos os encargos a todos os cidadãos, sucedem naturais desacertos entre as partes envolvidas. É uma situação que propicia a abusos bizarros, alguns dos quais têm vindo a público, em que todos protestam e quase todos têm razão, quer sejam os profissionais de saúde quer sejam os que procuram os seus serviços.

A eficácia da acção assistencial é vivida dia a dia em cada lar e por cada indivíduo. A importância do assunto foi sendo progressivamente transposta para a média, tornando-se numa temática popularizada, com audiências garantias e intervenientes. Nalguns casos, e em alguns países mais que outros, a acção assistencial eventualmente sentida como menos boa ou prejudicial termina nos tribunais, na perseguição a eventuais (ou ditos) responsáveis, e na procura de indemnizações por perdas e danos.

Os médicos são apenas um dos elos do sistema de saúde, em que se integram também enfermeiros, operários, engenheiros, maqueiros, administrativos, gestores e um sem-número de intervenientes, como é habitual em qualquer organização complexa. Porém, são os médicos o elo mais vulnerável desse sistema, talvez por serem quase sempre os decisores finais na vida e na morte e, como tal, os que se perfilam como principais responsáveis pelos insucessos.

Daí a tendência, que se verifica com alguma insistência nos últimos anos, para explorar aquelas vulnerabilidades da profissão, atribuindo aos médicos a causa das deficiências do sistema de saúde. Desde então nunca mais os médicos recuperaram a respeitabilidade perdida nas páginas dos jornais nas denúncias mediáticas e nas suspeitas alimentadas por algum complexo freudiano desconhecido. São de conhecimento comum alguns episódios graves, em que as relações médico-doente atingiram níveis inimagináveis.

Foram cenas infelizes de que não havia memória anterior, quando a actividade clínica era tida por um sacerdócio.

Com a evolução dos tempos, em que a clínica foi perdendo características de profissão liberal para ser, cada vez mais, um emprego numa organização pública ou privada, o médico viu alterar-se-lhe igualmente o estatuto de que beneficiava perante o seu doente-cliente. O sistema possibilitou (e os médicos consentiram) que cada doente fosse transformado num *utente*. E como utente, o cidadão comporta-se nos serviços de urgência, na rua, nas sessões televisivas para o grande público, exactamente como tal, isto é, como utilizador de um serviço que não tem rosto mas no qual facilmente individualiza o do médico que o atendeu, a si ou a um familiar. Pelo contrário, é raro que se queixem dos gestores que cortam nas despesas ou dos maqueiros que deixam cair doentes das macas, entre muitos outros acontecimentos passíveis de indignar qualquer cidadão.

Por isso, o exercício da Medicina tornou-se, cada dia que passa, mais difícil e desmotivante para os médicos que cumprem o seu dever. Aqui e noutros países mais industrializados, onde o pensamento “tipo Wall-Street” fez escola a todos os níveis da sociedade, assiste-se ao progressivo abandono de áreas médicas que exigem a comunicação directa como doente por troca com sub-especialidades técnicas que diagnosticam “à distância”. É a Medicina, por força das circunstâncias, transformada quase que numa engenharia de sistemas (humanos), que toma o lugar que ainda ontem era assegurado pelos “João-Semana” que, por montes e vales, à chuva e ao sol, acorriam a uma situação clínica por vezes insolúvel, mas mesmo assim a justificar o reconhecimento dos doentes e seus familiares.

Também haverá razão para duvidar da total eficácia (e benefício) dos seguros de doença que vêm sendo agitados perante a população como a grande solução para as insuficiências e precariedades do sistema de saúde. Em editorial recente do *Lancet*, intitulado “What price cost control?”, era referido que cerca de 1/6 da população norte-americana não usufruía de qualquer seguro de saúde, estando por isso à mercê, desprotegida de uma simples infecção e dos respectivos custos de tratamento. Muitos outros milhões de norte-americanos têm cobertura insuficiente, estando em risco de ruína financeira se um dos familiares, ou o próprio, adoecerem com gravidade. Na origem deste descalabro parecem estar os preços dos seguros e as respectivas apólices, férteis em observações de pé de página que excluem apoios essenciais que os beneficiários contavam como certos mas que, afinal, não existem. Acresce ainda que os doentes deverão ser observados e tratados preferencialmente por médicos aprovados pelas companhias de seguros, e com os quais foram negociados preços de tratamentos quase a nível de saldo. Ou seja, aqui também os médicos acabam por perder independência, tornando-se empregados dessas companhias que, pagando pouco a uns e dando pouco aos outros, serão os grandes beneficiados do sistema.

Tendo em conta o “entusiasmo” que vem sendo cultivado nos últimos tempos junto da população portuguesa para a “solução das soluções”, que seria a do seguro de doença, haverá que prevenir desde já aquelas facetas negativas.

O apaziguamento das situações de conflito na área da Saúde que preocupam todas as sociedades, umas por excesso tecnológico, outras por falta dos meios mais elementares, requer a recuperação do ponto de equilíbrio entre direitos e deveres.

Nenhum governo pode alijar completas responsabilidades da saúde pública nem os cidadãos podem exigir tudo que pensam ser-lhes devido.

Entre nós, um primeiro passo para esse equilíbrio estará na descentralização do sistema de saúde, conferindo capacidades operacionais aos núcleos distritais e aos centros de saúde. Além de meios técnicos e autonomia (com

responsabilidade) na gestão de recursos, haverá ainda que assegurar acções frequentes de formação e de actualização dos profissionais que integram as equipas, proceder à avaliação da rentabilidade e da qualidade de actuação e, naturalmente, conceder incentivos financeiros proporcionais à rentabilidade, à qualidade e à responsabilidade de cada interveniente no sistema.

Pelo escalonamento das funções e das responsabilidades operacionais, e pela garantia de qualidade dos actos praticados, será restituída a confiança elementar das populações e garantidos os seus direitos à saúde. Todavia, esses direitos deverão ser inversamente proporcionais às capacidades financeiras, pelo que quem pode pagar virtualmente tudo e quem não puder não paga nada. E quem puder e quiser que trate de arranjar o seguro de doença que mais lhe convenha.

Entretanto, será de elementar pedagogia para todos os que recorrem aos serviços de saúde e usufruam de isenções de pagamento que, depois do tratamento feito, recebam uma factura discriminativa dos custos que teriam de pagar, mas que acaba por ser suportado pelos outros, isto é, os que pagam impostos e pagam os serviços. Através deste simples mecanismo haveria, decerto, um renovar da consciencialização cívica e menor números de exigências.

De outro modo, pretender que os direitos são totais para todos num País “sem ouro nem pimenta”, é o mesmo que acreditar que basta estender o braço para tocar a Lua e não haver ninguém nem algo que o contrarie.

Colibri – Artes Gráficas
Faculdade de Letras
Alameda da Universidade
1600-214 Lisboa
Telef. / Fax 21 796 40 38
www.edi-colibri.pt
colibri@edi-colibri.pt

