

UM PROJECTO
EM EDUCAÇÃO MÉDICA

Colectânea de reflexões, artigos e outros documentos

Vol. II

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. II



Edições Colibri

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

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 Vascular, que coordenou (1993-1997) e dirigiu (1997-2003) e investigador principal da Unidade de Biopatologia Vascular 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

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 Vectors 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
Posfácio	523

III – PROJECTOS DE REFORMA CURRICULAR NA FML

4 – O 6.º Ano

O Próximo 6.º Ano do Novo Programa Curricular*

1. A renovação do ciclo clínico, no âmbito do novo plano curricular, requereu uma abordagem em duas grandes fases.

2. Numa primeira fase, que decorreu entre 1995 e 1996, foram entrevistados todos os professores coordenadores e regentes das diversas vertentes do ensino clínico e recolhidas as suas opiniões para uma definição prévia dos objectivos, conteúdos fundamentais, escolaridade e metodologias principais. Nalguns dos sectores, designadamente no grupo de Ciências Médicas e de Ciências Cirúrgicas, houve poucos ou nenhuns consensos.

3. Na segunda fase, subsequente àquelas dificuldades, e também para uma definição mais rigorosa do que se antecipa para o 6º ano do curso, de acordo com as recomendações aprovadas pela tutela da Educação e da Saúde em 1994, entendeu-se adequado e oportuno utilizar a metodologia e critérios definidos no “Blueprint 1994”, em que foi baseada a renovação curricular das Faculdades de Medicina holandesas. Um exemplar daquele texto foi entretanto distribuído a todos os professores coordenadores e regentes das actuais disciplinas do curso da FML.

4. Havia que definir os objectivos, desempenhos e atitudes a exigir do futuro aluno do 6º ano, no âmbito das seguintes áreas de ensino: Medicina, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde Mental, Saúde Pública e Clínica Geral. Para recolha desses elementos e preparação de documento de trabalho foi nomeada uma Comissão *ad hoc* (CRODAC – Comissão de Reflexão sobre os Objectivos, Desempenhos e Atitudes Curriculares), que incluiu docentes de cada uma das diferentes áreas e membros da Comissão de Acompanhamento Curricular. A tarefa foi particularmente facilitada pelo facto da FML ter entre os discentes do Curso de Mestrado em Educação Médica um conjunto representativo de doutorados daquelas diferentes áreas.

* NE – In: Agenda da FML 1997; 69:1.

5. Ao fim de sessões exaustivas de trabalho, foi possível delinear o que se afigura a base para um programa inovador e rigoroso do futuro 6^o ano.

6. As recomendações do CRODAC foram aprovadas na generalidade em Comissão da Revisão Curricular (22.04.1997) e em Comissão Coordenadora do Conselho Científico (22.07.1997).

7. O texto, a ser apresentado em próximo número da Revista da FML, deverá ser entendido pelo que é: um documento de trabalho, orientadas nas reuniões a desenvolver por cada uma das áreas pedagógico-científicas incluídas no novo programa curricular, para estratificação dos objectivos, desempenhos e atitudes ao longo do ciclo clínico, a culminar pelo exercício orientado e profissionalizante da Medicina no 6^o ano.

8. Em futuro próximo serão reiniciadas as reuniões de trabalho da Comissão de Revisão Curricular com os professores coordenadores e regentes, e outros doutorados das principais áreas de acção pedagógica do ciclo clínico, retomando a dinâmica iniciada entre 1994-1996.

O objectivo será definir correctamente o 6^o ano e, nessa perspectiva, o programa de ensino do 4^o e 5^o anos.

Futuro 6º Ano do Novo Programa Curricular – Para um Ensino Prático*

Introdução

Tendo como referência as recomendações do Relatório da Comissão Interministerial de Revisão do Ensino Médico, e o trabalho em curso na FML, no âmbito da Reforma Curricular, designadamente no que se refere ao futuro 6º ano do curso médico, identificado como “Exercício Orientado” (EO), este documento pretende somente balizar os aspectos estratégicos relacionados com o delineamento desta fase formativa.

Do perfil funcional de um recém-licenciado decorre a formulação de objectivos de aprendizagem, bem como a identificação das respectivas competências inerentes aos desempenhos profissionalizantes.

Identificam-se como pontos-chave desta estratégia, entre outros:

1. A filosofia de enquadramento e pressupostos
2. Os objectivos do ensino/aprendizagem
3. A metodologia pedagógica
4. Recursos humanos e formação de docentes
5. Cenários de ensino e recursos logísticos
6. Accionamento e avaliação

1. A Filosofia de Enquadramento e Pressupostos

A concretização com êxito da reformulação pretendida para o 6º ano do curso, na perspectiva de um “Exercício Orientado” para a aprendizagem do recém-licenciado em Medicina, determina que:

* DC – In: Revista FML 1997; III (5): 327-337.

Documento preparado pela Comissão de Revisão de Objectivos, Desempenhos e Atitudes Curriculares (CRODAC) e constituída pelos Doutores J. Martins e Silva, António Barbosa, Armando Pereirinha, A. Vaz Carneiro, H. Bicha Castelo, Carlota Saldanha, F. Coelho Rosa, J. Guilherme Jordão, Melo Cristino, Miguel Oliveira e Silva, Paulo Costa, Paulo Ramalho e J. Pereira Miguel; aprovado pela Comissão de Revisão Curricular (22 Abril 1997) e pela Comissão Coordenadora do Conselho Científico (22 Junho 1997).

- Seja um tempo pedagógico essencialmente prático e integrador dos saberes adquiridos nos anos anteriores, suportado por processos pedagógicos inovadores;
- Corporize o treino de um profissional médico que responda às necessidades de saúde dos cidadãos, das famílias e da comunidade;
- Usufrua dos recursos (materiais e humanos) e dos cenários formativos (hospitalares e extra-hospitalares) que garantam a eficácia formativa;
- Possua as características de estrutura e de processos compatíveis com os requisitos dum ano de pré-certificação profissional.

2. Os Objectivos de Ensino/Aprendizagem (vide Anexo I)

No termo do 6^o ano do curso médico os alunos deverão possuir conhecimentos, aptidões e atitudes que permitam:

- Reconhecer o processo biológico normal e interpretar as suas alterações na doença;
- Recolher, registar, interpretar e comunicar a informação clínica necessária a uma actuação eficaz na resolução e gestão dos problemas de saúde comuns, agudos e crónicos;
- Praticar os procedimentos comuns relacionados com o exame médico, com a actuação preventiva, diagnóstica, terapêutica, de vigilância e de reabilitação, bem como os inerentes à relação médico-paciente e à gestão da prática;
- Cuidar dos doentes e das suas famílias, lidando com as 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 do 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 uma área de diferenciação a atingir com a formação complementar específica.

3. A Metodologia Pedagógica

A definição dos objectivos do 6^o ano deve ter em conta os objectivos e programas dos 4^o e 5^o anos do curso, de forma que o conjunto dos anos clínicos venha a constituir um bloco uno e homogéneo que culmine na formação do médico pluripotencial, definido como objectivo fundamental.

O processo metodológico a desenvolver deverá visar a aquisição de competências que permitam o desempenho profissional compatível com o perfil de funções exigíveis ao médico pluripotencial, identificado como recém-licenciado em Medicina.

Dado o carácter inovador e intensivo deste projecto, bem como o seu referencial eminentemente prático, dever-se-ão privilegiar as metodologias de aprendizagem activa, nomeadamente as de tipo “learning by doing”, de ensino tutorial e por pequenos grupos.

Assim, o processo metodológico respeitará as competências que se relacionam com: aspectos somáticos, mentais e sociais dos pacientes; reconhecimento e descrição dos problemas relacionados com a saúde; obtenção da informação pela colheita da história e dos dados de exame objectivo; processo de resolução de problemas; execução de gestos comuns; gestão da prática; consulta, registos médicos e processo de referência; promoção da saúde e prevenção da doença; auto-formação e investigação em saúde; contexto profissional e, finalmente, enquadramento legal e ético aplicável ao exercício da Medicina.

No pressuposto, não estão em causa apenas os vários tipos de saber (competências) implicados, mas também os procedimentos essenciais do futuro licenciado (aptidões), bem como a forma de processar a sua aprendizagem.

Neste documento, entre as várias abordagens pedagógicas possíveis, a título de exemplo, aponta-se a estimulante estratégia sugerida no documento holandês “Blueprint 1994” que visa o processo de ensino e de aprendizagem de aptidões. No que respeita ao “saber” do estudante, são considerados quatro níveis possíveis de diferenciação (*vide* exemplo em Anexo II):

- *Apenas teórico* – relativamente a cada aptidão o aluno deve, pelo menos, dela ter o conhecimento teórico;

- *Observação / demonstração* – para além do conhecimento teórico referente à aptidão, esta já foi observada pelo aluno ou já lhe foi demonstrada;
- *Aplicação ou realização* – para além do conhecimento teórico, o formando já desempenhou a aptidão várias vezes, sob supervisão;
- *Rotina* – para além do conhecimento teórico, o estudante tem experiência no desempenho da aptidão.

Assim, a estratégia de ensino e de aprendizagem no 6^o ano, nomeadamente no que se refere aos procedimentos (aptidões) a desenvolver, passaria por listar as aptidões pertinentes a nível da graduação dentro de cada área de ensino, e decidir o nível de competência/desempenho que o aluno deva atingir no final do período de formação, relativamente a cada uma das aptidões consideradas. Por outras palavras, a identificação dos níveis referidos deveria constituir a base para a construção do conteúdo curricular e da estratégia pedagógica que orientariam o novo programa do 6^o ano do curso médico.

Para o cumprimento destes objectivos deverão ser definidas áreas de ensino suficientemente abrangentes (nas vertentes hospitalar e extra-hospitalar) e integradoras (supra disciplinares), em alternativa à clássica “atomização” dos conteúdos integrados em disciplinas estanques.

Dados os pressupostos anteriores e a necessidade de que o projecto esteja de acordo com as recomendações existentes (CIREM), estas áreas poderiam corresponder a: Medicina Interna, Cirurgia, Saúde Materna e Infantil, Saúde Mental e Saúde Pública/Clinica Geral.

A organização e os temas incluídos no “Blueprint” poderiam ser alvo de rearranjo e adaptação para a realidade portuguesa, com transformação das 11 áreas aí definidas nas 5 acima indicadas, tradução da terminologia para a língua Portuguesa e redefinição dos níveis de exigência de acordo com as necessidades do nosso meio.

A definição de áreas de Ensino/Aprendizagem, ao basear-se na perspectiva integradora, transversal e transdisciplinar do conceito de “área de ensino”, redimensionando o resultado da contribuição isolada das disciplinas clínicas, determina a necessidade da formação de equipas multidisciplinares, cujos elementos, para trabalharem em conjunto, devem, necessariamente, aprender em conjunto.

4. Recursos Humanos e Formação de Docentes

- Definição do Perfil dos Docentes

Consubstanciado na filosofia básica definida para o ano de *exercício orientado* (EO) – que, recorde-se, tem como esteios fundamentais uma

intenção clara de aplicação de conhecimentos e “treino”, desempenhos, atitudes e comportamentos e uma preocupação de integração – o perfil dos docentes a seleccionar para leccionarem este ano deverá ser moldado pelo tipo de competências desejáveis para um desempenho docente que cumpra os objectivos pedagógicos definidos para o EO.

A definição desse perfil possibilitará a orientação específica à estrutura e conteúdo do processo educacional, ao destacar as actividades consideradas essenciais para os docentes do EO. Assim, o docente do EO deverá:

- Estar disponível e acessível aos alunos;
- Reservar tempo e esforço apropriados para a preparação e prestação do ensino;
- Demonstrar competência e entusiasmo no ensino clínico;
- Ensinar uma abordagem eficaz no exame, diagnóstico e tratamento;
- Fornecer comunicação retroactiva eficaz e oportuna sobre desempenhos clínicos, conhecimentos e atitudes;
- Ser capaz de integrar no ensino aspectos relacionados com capacidades de comunicação e abordagem crítica da literatura (incluindo o ensino de evidência clínica), integração pertinente de ciências básicas e clínicas, perspectiva preventiva, reflexão bioética e estímulo à auto-aprendizagem;
- Actuar como modelo nas várias dimensões da prestação de cuidados.

- Modalidades de Formação

Neste sentido afigura-se-nos importante ressaltar três vertentes essenciais de tarefas educativas a desenvolver:

(A) Formação sobre a prática educativa de ensino clínico, com formação adequada em tarefas básicas como:

- Leccionar aulas com correcta utilização de meios audiovisuais;
- Ensinar procedimentos práticos técnico-clínicos;
- Supervisionar grupal e individualmente no contexto dum ensino tutorial;
- Elaborar e realizar processos de avaliação dos desempenhos clínicos.

(B) Formação de enquadramento sobre a organização interna do processo educativo, para além dos procedimentos educativos práticos, com ênfase na:

- Inovação curricular;
- Avaliação, supervisão e controlo da qualidade do desempenho dos docentes;
- Gestão educativa.

(C) Formação para intervenção na área mais alargada da política educativa e do sistema de ensino.

Destas três modalidades afigura-se prioritário:

- A formação de todos os docentes em (A);
- A formação dos docentes que exercerão funções de coordenação em (B);
- A formação em (C) dos docentes que representarão a Escola em *fora* nacionais e internacionais dedicados a este tema.

Para a modalidade (A), a par do ensino das táticas e técnicas de ensino adequados ao treino de pequenos grupos em ambiente hospitalar e extra-hospitalar, deverá também ser ministrada formação no campo da avaliação adaptada aos objectivos definidos, ao tipo de alunos e ao contexto pedagógico.

Sugere-se como formação em competências básicas de ensino:

- O ensino por pequenos grupos;
- A avaliação das necessidades dos alunos;
- O dar e obter comunicação retroactiva eficaz;
- O ensino de desempenhos práticos;
- O ensino de aptidões de comunicação;
- O ensino tutorial individual;
- Estratégias de avaliação;
- O treino em tecnologia educativa.

Estes requisitos poderiam ser ministrados em blocos de cinco dias (8 horas/dia) ou em três cursos intensivos de dois dias de duração (16 horas cada), subordinados aos seguintes 3 temas:

- a – Introdução à pedagogia médica;
- b – Técnicas de ensino em pequenos grupos;
- c – Avaliação da competência e dos desempenhos dos alunos.

Estes cursos poderão ser levados a cabo num contexto organizativo assegurado pelo DEM^{1*} e com recurso a docentes devidamente creditados da FML ou a docentes nacionais ou estrangeiros de outras Faculdades, particularmente especializados nalguma daquelas áreas.

Para a sua efectivação será necessário criar condições logísticas e de equipamento:

- Criar um centro de documentação nesta área;
- Realizar vídeos demonstrativos e exemplificativos;

** Departamento de Educação Médica.

- Adquirir programas de ensino assistidos por computador;
- Adquirir manequins educacionais para demonstração e treino;
- Condicionar e equipar material e tecnologicamente salas de ensino apropriadas para pequenos grupos;
- Elaborar manuais para os tutores.

Para a modalidade (B) sugere-se uma modalidade de formação centrada no programa do EO e visando:

- O desenvolvimento curricular;
- A mudança organizacional;
- A política e gestão do projecto educativo.

Podem encarar-se várias modalidades, nomeadamente: cursos específicos, seminários, *workshops*, consultadoria, reuniões com peritos e acções equivalentes naquelas áreas.

Para a modalidade (C) sugere-se a realização de cursos por entidades supra-institucionais que congreguem a representatividade e a confiança de todas as instituições de ensino médico.

A estas entidades poderia, também, competir a realização de cursos que se considerassem necessários para a constituição de um conjunto nacional de avaliadores do EO, que pudessem “rodar” pelas várias Faculdades do País e assim permitir um processo de padronização e validação nacional do exame final do EO.

A realização desta actividade formativa e avaliativa a nível nacional pressupõe o acordo prévio entre as Faculdades de Medicina, no sentido de se garantirem condições de formação e creditação comuns para os docentes das várias Faculdades.

Estas formações deverão ser acrescidas por acções formativas pontuais decorrentes do convite a personalidades ou equipas de outras Faculdades nacionais e estrangeiras.

A definição de uma política global para os docentes é decisiva nas várias fases do processo – arranque, acompanhamento, avaliação e controlo – e deve ser acompanhada de uma política de revalorização do pessoal não docente normalmente envolvido, por via das funções que exerce, no processo pedagógico-científico, que possa informar, enquadrar e estimular o desenvolvimento desta área particular de ensino no EO.

Ressaltam-se três ordens de razões:

a – A perspectiva integradora, transversal e transdisciplinar que imbui o conceito de área de ensino determina a necessidade da formação de equipas multidisciplinares. Os seus elementos, para trabalharem articulada e harmoniosamente em conjunto, sem criar resistências inamovíveis ou que prejudi-

quem substancialmente o programa de trabalhos, deverão aprender em conjunto a:

- Definir objectivos de aprendizagem;
- Determinar e dominar os métodos pedagógicos adequados;
- Elaborar, preparar, experimentar e acondicionar os materiais pedagógicos e outros cursos;
- Construir o processo avaliativo e os instrumentos de avaliação;
- Exercitar as práticas avaliativas.

b – A formação e treino dos docentes para o EO será previsivelmente um processo de longa duração, com custos pessoais e económicos importantes, que deverão ser desde já estimados para se obterem contrapartidas das tutelas envolvidas e precocemente se identificarem e responsabilizarem as entidades financiadoras. O investimento alocado a este projecto deverá garantir a estabilidade (pelo menos, por 3-4 anos) do quadro docente para ele seleccionado, a recrutar 2 a 3 anos antes do início do EO.

c – Com vista a garantir realisticamente um quadro – devidamente formado, com espírito de equipa que, pelo seu trabalho de estruturação e intervenção no projecto, nele se envolva empenhadamente, constituindo-se no principal factor de garantia da eficácia pretendida – será necessário garantir condições de profissionalização, que passam pela garantia de acessibilidade fácil a condições de formação e supervisão continuadas, mas também, por recompensas curriculares e institucionais, em acréscimo às materiais.

Neste contexto, o modelo de contratação como “assistente livre” é manifestamente insuficiente para prestigiar e garantir, no tempo, as funções requeridas e o investimento e cometimento a que obrigam: Justificar-se-ia a definição de uma outra figura (a de “tutor”), com vínculo contratual diferente (por exemplo, com um vencimento no tempo em que há desempenho ou preparação efectiva de funções), que seria uma figura mais vincular, atraente e profissionalmente gratificante.

5. Cenários de Ensino e Recursos Logísticos

No ano de EO encaram-se predominantemente dois cenários de ensino/aprendizagem: hospitalar e extra hospitalar.

A nível hospitalar, o envolvimento de todos os serviços e áreas de intervenção (enfermarias, consultas, laboratórios de exames complementares de diagnóstico, blocos operatórios e urgências) e de todos os profissionais de saúde terá a vantagem de poder concentrar e rentabilizar uma determinada quantidade de recursos, quer humanos quer técnicos, especialmente vocacionados para esta fase do ensino pré-graduado.

O ensino dos cuidados diferenciados em meio hospitalar deverá também estender-se aos serviços de outros hospitais afiliados, que desenvolverão os programas de ensino de acordo com o programa curricular aprovado pela Faculdade.

A nível extra-hospitalar, o ensino dos cuidados primários desenvolver-se-á em ambulatório, incluindo o recurso a Centros de Saúde afiliados, merecendo particular relevância a criação de um Centro Universitário de Cuidados de Saúde Primários que permitirá o ensino das áreas da Clínica Geral, Saúde Pública, Saúde Materna e Infantil, Saúde Mental e dos problemas de saúde mais frequentes na Comunidade.

Uma das áreas consideradas essenciais para a formação de clínicos práticos deverá ser a dos serviços de Urgência. Tal necessitará de uma reformulação do respectivo funcionamento, com o intuito de rentabilizar e valorizar para o ensino/aprendizagem nesta área.

Estes cenários de ensino deverão ser equipados de acordo com as necessidades, sendo de referir como indispensáveis os seguintes recursos:

- Salas para ensino de pequenos grupos;
- Laboratórios de aptidões (modelos de simulação, etc.);
- Recursos de auto aprendizagem (estações multimédia, telemedicina, etc.);
- Recursos bibliográficos (CDI, etc.).

6. Accionamento e Avaliação

Deverá em tempo ser considerada a constituição de uma comissão coordenadora (com um coordenador do ano de EO e de um elemento coordenador de cada uma das áreas a definir) que possa acompanhar e intervir na gestão pedagógica do projecto, ser responsável pela preparação e desenvolvimento das várias fases, e que intervenha na avaliação e controlo dos recursos humanos, do processo e dos resultados.

Para além da avaliação interna que esta comissão desenvolverá com regularidade, deverá também estabelecer-se contactos com comissões semelhantes das outras Faculdades de Medicina, no sentido de serem criadas condições para a realização de avaliação externa.

ANEXO I – Exemplo de Estratificação dos Objectivos, Desempenhos e Atitudes dos Alunos durante o 3º, 4º, 5º e 6º anos do Curso Médico

Introdução

A título de exemplo descrevem-se alguns *objectivos* gerais referentes aos conhecimentos, desempenhos e atitudes que se julgam necessários para a formação do médico pluripotencial no fim do curso médico.

No quadro estão referidas quatro tópicos na formação do médico: aspectos médicos, aspectos científicos, aspectos pessoais relacionados com o sistema de saúde e com a sociedade em geral.

Como sugestão para discussão futura, indicam-se os anos que poderiam corresponder ao atingimento de um elevado nível de desenvolvimento nos tópicos referidos, pressupondo-se que o início dessa formação se dê o mais precocemente possível.

ANEXO I (continuação)
Objectivos gerais na formação médica pré-graduada
(conhecimentos, desempenhos e atitudes)

Anos do curso	3º	4º	5º	6º
Aspectos médicos na generalidade				
• Conhecer o doente nos seus aspectos somático, mental e social (fases de desenvolvimento, comportamentos)				
• Colher uma história				
• Realizar um exame físico				
• Conhecer o processo lógico de resolução de problemas em Medicina				
• Seleccionar testes auxiliares de diagnóstico				
• Estabelecer um plano terapêutico incluindo aspectos farmacológicos, de aconselhamento, de referenciação a outro colega e de avaliação detalhada dos resultados				
• Apoiar o doente nas diversas dos cuidados de saúde (tranquilizar explicações clínicas, envolvimento nas tomadas de decisão) de situações				
• Elaborar e manter processos clínicos dos doentes				
• Saber actuar na promoção da saúde e na prevenção da doença				

(continua)

Aspectos científicos na generalidade				
• Estar familiarizado com metodologias/finalidades da investigação científica	■			
• Integrar os conhecimentos científicos na prática diária				■
• Aprender a actualizar-se continuamente			■	
Aspectos pessoais na generalidade				
• Estabelecer uma boa relação médico-doente		■		
• Compreender as exigências pessoais envolvidas na sua actuação como médico				■
• Estabelecer uma interacção satisfatória entre a vida profissional e a vida pessoal		■		
Aspectos relacionados com o sistema de Saúde e com a Sociedade em geral				
• Conhecer a estrutura e o funcionamento do sistema de saúde em que se encontra inserido	■			
• Integrar na prática os aspectos de ética e deontologia médicas			■	
• Conhecer aspectos práticos da gestão em saúde			■	
• Conhecer os aspectos legais da prática da profissão médica			■	
• Conhecer os condicionantes económicos e financeiros ligados à prática médica			■	

Anexo II

Um Exemplo de Estratificação na Área de Saúde Mental

Introdução

Apresenta-se um exercício de aplicação da metodologia descrita em 3, que pretende somente fornecer um exemplo referencial.

Constitui-se, fundamentalmente, numa tentativa de balizar esquematicamente no tempo os conhecimentos a ministrar e os desempenhos a treinar durante os anos clínicos do Curso de Medicina, tendo como finalidade a preparação do futuro médico pluripotencial que terminaria o seu curso com um 6^o ano essencialmente prático.

No que se refere aos conteúdos formulados neste exercício, reportámo-nos unicamente aos já incluídos nos actuais programas, estando apenas referidos os conhecimentos e desempenhos nucleares.

Desejavelmente, na construção do futuro *curriculum* deverão ser introduzidas alterações baseadas na sua adaptação à participação integrada da área de Saúde Mental em outras áreas previstas para o futuro 6^o ano de exercício orientado.

(continua)

ANEXO II (continuação)
Um Exemplo de Estratificação na Área de Saúde Mental

(A) Desempenhos
– Conhecimento teórico (princípios, (contra-) indicações, complicações, formas de execução).
– Observação/demonstração (o desempenho já foi observado pelo estudante ou já lhe foi demonstrado).
– Aplicação/realização (o estudante já executou o desempenho várias vezes sob supervisão).
– Rotina (o estudante tem experiência no desempenho).

Desempenhos	Conhecimento teórico	Observou	Realizou	Rotina
Colheita de história psiquiátrica	3,4	4	4,5	6
Exame mental:	4	4	4,5	6
Consciência	4	4	4,5	6
Orientação	4	4	4,5	6
Percepção	4	4	4,5	6
Memória	4	4	4,5	6
Atenção	4	4	4,5	6
Pensamento	4	4	4,5	6
Humor	4	4	4,5	6
Inteligência	4	4	4,5	6
Vontade	4	4	4,5	6
Descrição sistemática do exame	4	4	4,5	6
Consciência de reacções pessoais evocadas pela observação do doente	1,2,3,4	3,4	4,5,6	4,5,6
Identificação de problemas:	3	4	4,5	6
Do doente	3	4	4,5	6
Do casal	3	4	4,5	6
Da família	3	4	4,5	6
Do grupo social/trabalho	3	4	4,5	6
Legais	3	4	4,5	6
Numa situação de crise (ciclo de vida, luto...)	3	4	4,5	6
Avaliação de risco suicídio	4	4	4,5	6
Reconhecimento e interpretação de padrões repetitivos de interacção	3	4	4,5	6
Fazer diagnóstico diferencial segundo os critérios do DSM-IV		4	5	6
Indicar prognóstico			5	6
Utilizar EMC (evidência médica científica)	4	4	5	6

(continua)

Investigação complementar:				
Interpretar exame psicológico	1,2,3	4	5	6
Dados analíticos gerais e específicos		4	5	6
Indicar tipo de tratamento desejável			5	6
Tratamento psicofarmacológico:				
Indicações/contra-indicações clínicas	5	5	5	6
Acções acessórias/interacções medicamentosas e seu manejo	3,5	5	5	6
Sinais de intoxicação e conduta terapêutica	5	5	5	6
Psicoterapia:				
De apoio	3,4	5	6	6
Cognitiva-comportamental	3,4	5	6	
Psicodinâmica	3,4	5	6	
Grupais	3,4	5	6	
Abordagem familiar	3,4	5	6	
Terapia ocupacional		5	5	
Intervenção na comunidade:	5	5	5,6	
Comunicar um diagnóstico, aconselhar e obter adesão a um tratamento psiquiátrico	3,4	4	5	6
Ensinar sinais cardinais e explicar mecanismos básicos ao doente e a um membro da família	3	4	5	6
Elaboração de um programa terapêutico integrado		5	5	6
Apresentar um problema psiquiátrico no âmbito das actividades de uma equipe terapêutica		5	5	6

Nota: Com vista a não sobrecarregar os quadros de síntese com que se exemplifica este exercício de aplicação, em cada quadrícula serão notados o (s) ano (s) em que os conteúdos e desempenhos deverão ser ministrados e exercitados. Onde aparece 1,2,3,4,5,6 deverá ler-se 1^o,2^o,3^o,4^o,5^o,6^o ano do Curso de Medicina.

ANEXO II (continuação)
Um Exemplo de Estratificação na Área de Saúde Mental

(B) Quadros clínicos
<ul style="list-style-type: none"> – Ser capaz de reconhecer e de situar (RS) o quadro clínico (ouviu falar, sabe onde colocar o quadro clínico e como adquirir mais informação). – Ser capaz de lidar com o quadro na prática clínica (conhecimento das apresentações/ sinais/ sintomas (CS) e das possibilidades de diagnóstico e indicação terapêutica (DI) e de formulação terapêutica (TE) habitual, para quadros não complicados.

Quadros clínicos	RS	CS	DI	TE
Perturbações comporta mentais e do desenvolvi- mento:				
Deficiência mental	4	4	5,6	
Autismo	4	4	5,6	
Perturbação específica das capacidades intelectuais	4	4	5,6	
Perturbação do desenvolvimento motor	4	4	5,6	
Perturbação da coordenação	4	4	5,6	
Perturbação da atenção ou do comportamento	4	4	5,6	
Perturbações alimentares				
Anorexia	4	4	5,6	
Bulimia	4	4	5,6	
Pica	4	4	5,6	
Mericismo	4	4	5,6	
Tiques	4	4	5,6	
Perturbações da excreção				
Enurese	4	4	5,6	
Encoprese	4	4	5,6	
Perturbações da linguagem				
Gagez	4	4	5,6	
Outras				
Perturbações mentais orgânicas				
Demência	4	4	5	6
Perturbação amnésica	4	4	5,6	
Outras doenças orgânicas				
Perturbações pela utilização de substâncias psicoactivas				
Intoxicação	4	4	5	6
Abstinência	4	4	5	6
Delirium	4	4	5	6
Abuso	4	4	5	6
Outras				
Perturbações psicóticas				
Esquizofrenias	4	4	5,6	
Outras psicoses (reactivas, puerperais...)	4	4	5	6
Perturbações afectivas				
<i>Bipolares</i>				
Episódio maníaco	4	4	5	6
Episódio depressivo	4	4	5	6
Ciclotimia	4	4	5	6

(continua)

Perturbações afectivas				
<i>Uni polares</i>				
Depressão <i>Major</i> (episódio simples ou recorrente)	4	4	5	6
Distimia	4	4	5	6
Outra perturbação depressiva				
Perturbações da ansiedade				
Pânico com agarofobia	4	4	5	6
Pânico sem agarofobia	4	4	5	6
Agarofobia sem história de pânico	4	4	5	6
Fobia social	4	4	5	6
Fobia simples	4	4	5	6
Perturbação obsessiva-compulsiva	4	4	5	6
Perturbação de stress pós-traumático	4	4	5	6
Perturbação de ansiedade generalizada	4	4	5	6
Outras perturbações de ansiedade				
Perturbações comatoformes				
Conversão	4	4	5,6	
Hipocondria	4	4	5,6	
Somatização	4	4	5,6	6
Dor somatoforme	4	4	5,6	
Perturbação corporal dismórfica	4	4	5,6	
Perturbações dissociativas				
Despersonalização	4	4	5,6	
Amnésia psicogénica	4	4	5,6	
Fuga psicogénica	4	4	5,6	
Outras perturbações dissociativas				
Perturbações factícias	4	4	5,6	
Perturbações sexuais				
<i>Parafilias</i>	4	4	5,6	
<i>Disfunções sexuais</i>				
Do desejo	4	4	5,6	
Da excitação	4	4	5,6	
Do orgasmo	4	4	5,6	
Dolorosas	4	4	5,6	
Outras disfunções				
<i>Perturbações de identidade sexual</i>	4	4	5,6	
Perturbações do sono				
<i>Dissónias</i>	4	4	5	
Insónias	4	4	5	6
Hipersónias	4	4	5,6	
Perturbações do ritmo vigília-sono	4	4	5,6	
Parassónias				

(continua)

Pesadelos	4	4	5,6	
Terroros nocturnos	4	4	5,6	
Sonambulismo	4	4	5,6	
Perturbações do controle dos impulsos	4	4	5,6	
Perturbações de adaptação	4	4	5	6
Factores psicológicos que afectam o estado físico	4	4	5	6
Perturbações da personalidade				
Paranóide	4	4	5,6	
Esquizoide	4	4	5,6	
Esquizotípica	4	4	5,6	
Anti-social	4	4	5,6	
Estado-Limite	4	4	5,6	
Histriónica	4	4	5,6	
Narcísica	4	4	5,6	
Evitante	4	4	5,6	
Dependente	4	4	5,6	
Obsessivo-compulsiva	4	4	5,6	
Passivo-agressiva	4	4	5,6	
Outras				

Reflexões sobre os Objectivos e o Modelo de Estágio Clínico do Novo Plano Curricular*

Preâmbulo

É admissível, como hipótese académica, que alguns responsáveis e intervenientes directos no processo educacional ainda considerem os alunos como uma espécie de matéria moldável pelo curso e pelo respectivo programa curricular, num conjunto similar a uma linha de montagem.

Naquela ideiação *taylorista* mais própria da organização de trabalho implantada no início da industrialização até à década de 50 deste século, teríamos que o aluno de Medicina, após ser *modelado* pelas diversas disciplinas durante os seis anos do curso, estaria qualificado para exercer clínica. O novo médico seria pois o *produto* do sistema. E, como em qualquer sistema reprodutível que requer controlos de qualidade e perfis atingir, seria natural que todos os novos médicos viessem a assemelhar-se entre si, não só na classificação final de curso como em comportamentos e qualificações profissionais. Embora todas as especulações sejam possíveis, nada garante que a preparação conferida fosse suficiente para iniciar uma carreira que assegurasse confiança aos próprios, aos seus mestres e, em particular, aos primeiros doentes.

A identificação do que representa a *qualificação* conferida por um curso profissionalizante, como é o de Medicina, e o conceito *de competência* que um curso atribui constituem questões centrais no processo da formação médica. Na verdade, o valor de qualquer tipo de licenciatura no mercado de trabalho é actualmente muito inferior ao que tinha há alguns anos, quando dava acesso a uma profissão e a um estatuto sólido. No presente, o grau de licenciatura não só é uma etapa elementar no processo de recrutamento em qualquer domínio como, por si, a formação que representa poderá não ser o principal interesse dos empregadores, eventualmente mais preocupados com as características e comportamento do candidato perante situações-tipo bem individualizadas (1,2).

* A – In: Boletim da SPEM 1998; III Série, 8 (1): 9-21.

Qualificação e competência

É sabido que a licenciatura em Medicina possibilita ao acesso imediato a uma vaga no internato geral, a exercer clínica tutelada nesse período e, portanto, a participar activamente no sistema de assistência médica nacional. Todavia, a realidade poderá ser preocupante, a serem confirmados os resultados de um inquérito recente que os estudantes de Medicina promoveram em três instituições de ensino médico do país: uma percentagem relevante dos 109 estudantes do 6^o ano dos cursos que responderam ao inquérito referia não ter experiência comprovada em manobras clínicas elementares (3). De acordo com aqueles resultados poder-se-ia concluir que, durante o curso, são adquiridos conhecimentos específicos mas não há (ou não é verificada) a aprendizagem e o treino de comportamentos e/ou desempenhos mínimos para o exercício da Medicina, exigíveis a um recém-licenciado.

Por outro lado, não está confirmado que as qualificações académicas, enquanto representadas por classificações obtidas nas diversas fases da pré-graduação, predigam directamente uma actividade profissional competente e bem sucedida (4, 5). Deste modo é admissível concluir que a qualificação profissional nem sempre corresponde a uma competência específica, em particular quando do *saber* não houve transformação para o *saber-fazer*.

Apesar da ambiguidade terminológica, é possível distinguir *qualificação* de *competência profissional*, com base na natureza dos saberes e formação adquiridas (6). Assim, enquanto a qualificação deriva de uma formação mensurável, a competência abrange, além da qualificação, também a experiência de actuação e as qualidades e as capacidades inatas interiorizadas por cada indivíduo e inferidas da execução de um determinado conjunto de tarefas. (7). Por conseguinte, a par da vertente técnica da formação, há que incluir o *potencial* intrínseco a cada indivíduo, bem como o desenvolvimento pessoal, de natureza humanística e sociocultural.

A qualificação em Medicina poderá não contemplar um conjunto de aspectos, hoje basilares na estratégia da educação médica (8, 9). Além das competências básicas – conhecimentos, desempenhos, atitudes e valores indispensáveis à assunção das responsabilidades profissionais – são requeridas capacidades adicionais, grande parte das quais inerentes ao indivíduo, sendo outras preparadas e treinadas numa perspectiva da Medicina do futuro e das exigências que daí recairão em cada médico que se mantenha activo e competente ao longo de toda a sua vida clínica.

Em conjunto, e como intervenção imediata, aquelas competências explicitam que a formação médica deve ser orientada para a prática, ao encontro das necessidades de cada indivíduo, das populações e, também, dos sistemas de saúde (10). Relativamente a cada indivíduo são reconhecidos

três objectivos concretos da actuação médica: prevenir a doença, promover a saúde e providenciar tratamentos e reabilitação clínica adequados a cada doente. Na realidade, a eficácia da educação médica pode ser avaliada pelo modo como responde às necessidades em cuidados de saúde do indivíduo (saudável ou doente), qualquer que seja o seu estilo de vida (11). Daqui se infere que o cenário de aprendizagem deva assemelhar-se o mais possível à realidade profissional (10).

Numa dimensão mais lata exige-se que a formação médica inclua aptidões complementares, por exemplo indutoras de alterações culturais e socioeconómicas elementares, que confirmem capacidades de gestão de recursos humanos em equipas de trabalho, que possibilitem a compreensão da importância das novas tecnologias da informação no processo educacional, e que estimulem a sua utilização como meio indispensável da actualização profissional e da formação continuada (10).

A formação profissional específica tem uma eficácia de pouca duração. Nos domínios em que a renovação dos conhecimentos e das tecnologias é mais acelerada, como na Medicina contemporânea, há plena justificação para incentivar a formação continuada (12).

Sendo impossível prever a evolução das tecnologias, do progresso do conhecimento médico e do estado clínico e sanitário das populações quando os novos médicos começarem a exercer clínica, exigem-se das Faculdades de Medicina programas e metodologias educacionais que preparem os alunos a adaptar-se à mudança, à incerteza e ao risco. É naturalmente previsível que as condições, os métodos de ensino e o perfil dos formadores requeiram também adaptações consentâneas e periódicas, para que as Faculdades de Medicina garantam a formação de profissionais não só qualificados mas, sobretudo, competentes.

Pelas razões aduzidas, e a contrapor à interpretação que reduz a formação a uma *passagem* dos alunos pelo curso, com uma certificação final que reflecte a aprovação em todos os seus exames, os alunos devem dispor de condições, meios e orientação tutelar para adquirirem a *cultura própria da Medicina* (13). Neste desiderato cabem três perspectivas – técnica, pessoal e social – de cujas interações e desenvolvimento equilibrado resulta o que se pode designar genericamente por *competência profissional* (6.7).

A perspectiva técnica inclui a aquisição de *saberes* pertinentes e objectivados, com aplicação específica imediata ou reconhecida, a par com muitos outros que serão pontes de ancoragem para novos conceitos a aprender continuamente. Portanto, na dimensão técnica inclui-se também o *saber-aprender*, com recurso a inovações tecnológicas entretanto desenvolvidas, e o saber-fazer nos diversos cenários de aplicação do saber, nos quais são aprendidos, por exemplo, os gestos práticos da Medicina para finalidades concretas e eticamente adequadas.

A perspectiva pessoal reconhece que ao *saber e ao saber-fazer* está associado o *saber-estar* em presença de outro indivíduo e no meio em que interactuam. Nesta dimensão inserem-se capacidades individuais intrínsecas que, não sendo aprendidas, podem no entanto ser melhoradas. A criatividade, a flexibilidade, a capacidade de comunicação solidária e compassiva inerente ao acto médico, o comportamento perante a dor, o risco, a incerteza e a mudança, a capacidade de trabalhar em equipa, de tomar decisões, de liderar um processo ou de ter iniciativas válidas são, entre outras, características não-técnicas em parte subentendidas na inteligência emocional.

Finalmente, o reconhecimento público do *poder de decidir e de actuar* em circunstâncias específicas de natureza profissional, com base em conhecimentos e capacidades próprias, contribui para a dimensão social da formação médica, indispensável a uma actuação profissional eficaz (6).

Conhecimentos, práticas e constrangimentos educacionais

O desenvolvimento tecnológico da Medicina e o aumento do conhecimento médico estão a provocar alterações sensíveis na prática clínica e na gestão dos cuidados de saúde (10, 12), em particular nos que decorrem em centros hospitalares (14). Entre outras consequências, tende a registar-se uma maior pressão sobre o sistema de saúde, de que se exigem respostas e soluções clínicas cada vez mais rápidas e eficazes (15).

O hospital, como local privilegiado para aprendizagem das generalidades da prática médica, tende a desaparecer. Em parte devido ao agravamento progressivo dos encargos financeiros do economato hospitalar e, também, por via dos custos inerentes às novas tecnologias de diagnóstico e tratamento, os hospitais modernos nos principais centros mundiais são cada vez mais especializados, quase só aptos a atender situações desesperadas e complexas. Doentes afectados por situações clínicas que ainda há alguns anos enchiam as enfermarias quase desapareceram da listagem de internamento dos hospitais mais avançados, sendo agora diagnosticados, tratados e seguidos em consulta externa. Daqui resulta que as doenças que continuam a ser mais frequentes no dia-a-dia clínicos (Quadro I) poderão tomar-se pouco disponíveis para observação e estudo pelos estudantes de Medicina, a menos que se recriem condições de aprendizagem em cenários alternativos (10, 16).

A intensificação da responsabilidade clínica, a redução dos tempos de internamento hospitalar e a diminuição das camas disponíveis estão a criar problemas no ensino clínico (17). Por outro lado, o estudante pode não ter tempo de observar e acompanhar os doentes disponíveis que, ao fim de um dia ou dois de hospitalização, estão a receber alta para tratamento em consulta externa ou no domicílio (18). A ausência ou escassez de supervisão,

acompanhamento, encorajamento ou correcção dos alunos pelos docentes, por seu lado sobrecarregados com tarefas assistenciais, são situações infelizmente comuns que agravam a aprendizagem clínica (19-23). É hoje evidente que o *stress* e a perda de eficácia da aprendizagem e da actividade assistencial resultam mais do deficiente acompanhamento ou baixo incentivo por parte de tutores do que por cansaço ou excesso de horas de trabalho (24).

O fascínio pelas novas técnicas aplicadas ao diagnóstico e terapêuticas médicas têm também contribuído para a alteração de interesses e prioridades na rotina clínica. Não surpreende que os médicos mais jovens e os alunos do ciclo clínico prefiram as imagens obtidas através de sondas endoscópicas, por exemplo, do que as respostas colhidas na anamnese e no exame objectivo à cabeceira do doente (18, 25). Por essas e outras razões semelhantes, o ensino e a aprendizagem das técnicas de comunicação, a aprendizagem de atitudes e de desempenhos clínicos elementares poderá ser insuficiente, conduzindo a uma preparação médica aquém do que se pretendia (17, 26).

Quadro I – Apontamentos sobre a Saúde da População Portuguesa

Do Inquérito Nacional de Saúde referente a 1995/96, baseado em entrevistas domiciliárias e questionários prévios, foram obtidas as seguintes conclusões:

- O universo inquirido totalizou 49.718 indivíduos (48% do sexo masculino e 52% do sexo feminino) de todos os grupos etários (entre 0 e mais de 75 anos), sobre diversas situações de trabalho. A maioria da população (44%) encontrava-se no activo e estava incluída (50,8%) entre os 25 e os 64 anos de idade. Cerca de 42% da população com idade superior a 15 anos considerava ter um razoável estado de saúde, enquanto 46% de toda a população usava próteses;
- Entre outros elementos recolhidos, é de salientar que 50,1% da população havia consultado um médico (numa média global de 2,3 consultas) nos 3 meses anteriores ao inquérito, dos quais 53,6% por se sentir doente. Os últimos cuidados médicos havia sido prestados principalmente em centros de saúde (49,8%), em hospital público (18,5%) ou em consultórios particulares (23,3%), sendo a generalidade (72,6%) das consultas em Clínica Geral, das quais 81,4% ocorridas em serviços de saúde do Estado. Para a maioria das restantes especialidades a população recorreu a consultórios particulares;
- Mais de 1/4 da população referiu ter estado doente por se ter sentido mal nas duas semanas anteriores ao inquérito, com mais frequência por causas do aparelho respiratório ou doenças do sistema osteomuscular, em parte de natureza crónica. Daqui resultou limitação da actividade física em 8,8%

(continua)

dos inquiridos. A auto-medicação era prática corrente para 32% dos indivíduos, enquanto 31% dos inquiridos optava por consultar o médico quando se sentia doente;

- As despesas com medicamentos constituíram o principal encargo de saúde da população. Cerca de 12% dos indivíduos dependia de hipnóticos para dormir. Entre outros consumos habituais, aproximadamente 1/5 da população (com 10 ou mais anos) fumava regularmente e cerca de 1/4 consumia bebidas alcoólicas, sobretudo vinho.

Fonte: Departamento de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde. 1997

Numa primeira análise, afigura-se indispensável adaptar dois tipos de solução, complementares: uma seria assegurar o internamento de situações mais comuns e, portanto, úteis para o ensino da Medicina em doentes hospitalizados; a outra consistiria na extensão do ensino clínico à comunidade, de forma sistemática e com base em centros de saúde também vocacionados para o ensino pré-graduado (6, 11, 16, 27). Estudos recentes demonstraram resultados positivos na aprendizagem dos desempenhos clínicos essenciais em centros de saúde e na comunidade, a partir do primeiro ano do ciclo clínico (28-30).

As alterações profundas e aceleradas que estão a registar-se nos sistemas de saúde requerem adaptações condizentes por parte das Faculdades de Medicina. Não obstante estas recomendações serem consensuais, é um facto que a estrutura e a funcionalidade das Faculdades de Medicina não estão adequadas a respostas a curto prazo (31). Não surpreende por isso que os alunos continuem a ter escassa preparação para as exigências e para os cenários em que irão prestar cuidados de saúde.

A tripla missão incentivada pela reforma de Abraham Flexner há 70 anos (32), e desde então assumida pelos docentes das Faculdades de Medicina de todo o mundo – *a assistência, o ensino e a investigação* – enfrenta dificuldades crescentes, em consequência da redução no financiamento da investigação às universidades ou devido à política de saúde instituída (16, 34-36).

São hoje bem conhecidas as dificuldades reais que se colocam a um clínico com obrigações assistenciais num sistema exigente, que virtualmente não lhe concede oportunidades para dar atenção e/ou ensinar alunos de Medicina. A par destes docentes clínicos há ainda os que, por pressões da instituição e/ou vocação própria, estão envolvidos em projectos de investigação que requerem respostas e resultados concretos em prazos restritos (33). Também aqui é difícil compatibilizar a investigação laboratorial, por natureza absorvente e especializada, com os horários escolares e o acompanhamento de alunos em matérias sem relação directa com aqueles estudos.

Qualquer das situações referidas tende a provocar repercussões negativas na preparação clínica que recai sob a responsabilidade directa das Faculdades de Medicina, justificando uma urgente introspecção sobre os programas educacionais adaptados (35). Neste aspecto, os problemas verificados nas escolas médicas nacionais têm sido, nas últimas décadas, objecto de denúncias públicas e propostas alternativas por parte dos responsáveis por órgãos de gestão das Faculdades e Hospitais, em qualquer dos casos sem acolhimento governamental (37-43).

É um facto reconhecido que, não havendo possibilidades de resolução de determinado problema, a solução pode passar pelo aumento dos graus de liberdade, tomando em consideração o maior nível de complexidade criado pelas novas variáveis. Na realidade, o aumento geométrico do conhecimento e as rápidas e sucessivas modificações culturais, tecnológicas, bio-psicossociais e económicas estão a gerar situações dificilmente solúveis ou de eficácia duvidosa no enquadramento tradicional.

O modelo de formação médica agora em desenvolvimento nas Faculdades de Medicina nacionais terá de ser adaptado às variáveis que se antevêm, quer no domínio da saúde quer na sociedade onde se aplicam. A urgência sentida nos sistemas médicos avançados por uma mudança na ênfase da educação, que privilegia a preparação de médicos para a cobertura dos cuidados de saúde primários, em lugar da formação mais diferenciada (8, 10), vai ao encontro de recomendações de órgãos representativos da educação e assistência médicas, a nível mundial (9,44,45) e das previsões sobre as prioridades da saúde para o próximo milénio (12).

Considerando as modificações referidas e tendo em atenção as teorias delineadas sobre a aprendizagem dos adultos (46), há um longo caminho a percorrer, muito rapidamente, para que o currículo pré-graduado de Medicina adquira a eficácia e a pertinência pretendidas. Nesse propósito cabe acentuar que os estudantes de Medicina são jovens adultos (47) e, como tal, devem ser ensinados a aprender. De acordo com aqueles princípios de aprendizagem, esta é tanto mais eficaz quanto mais os discentes estiverem informados e envolvidos na definição de objectivos e do desenvolvimento do processo. Adicionalmente, a participação do aluno na gestão da sua aprendizagem, embora dentro de uma orientação responsável, não só beneficia a aprendizagem imediata como também cria hábitos de estudo e trabalho continuado ao longo da futura actividade profissional (48).

Caracterização do estágio clínico

Em Portugal, a formação clínica do futuro médico depende dos cenários e condições de trabalho em que as Faculdades de Medicina não têm inter-

venção formal, nem sequer a que simbolicamente detinham até 1975. A política de saúde não valoriza a actividade docente dos seus médicos nem procura flexibilizar a sua missão às particularidades e exigências do ensino clínico que decorre nos hospitais escolares e em outras unidades não hospitalares afiliadas. Por conseguinte, o ensino clínico e, muito particularmente, as condições em que no novo plano curricular deverá decorrer o futuro estágio no 6º ano do curso, são aspectos preocupantes a requerer soluções adequadas, de momento inexistentes.

De acordo com o esquema previsto para o novo currículo de formação médica pós-graduada, o 6º ano, que conclui o curso de licenciatura, decorre em estágio clínico.

Pretende-se que o ano de estágio possibilite a consolidação e desenvolvimento em vivência clínica dos conhecimentos, aptidões, atitudes e valores aprendidos em anos precedentes do curso, conducentes à aquisição do nível de competência profissional definida para o perfil do médico multipotencial (Quadro II)

Por conseguinte, e com base na filosofia, princípios e estratégias considerados para o novo plano curricular, o estágio clínico deverá incluir áreas de vivência nuclear (obrigatória) e áreas optativas. As áreas obrigatórias de estágio são os principais domínios em que decorre a aprendizagem clínica integrada nos 4º e 5º anos do curso. O estagiário poderá ainda prolongar, por um curto período adicional, a sua aprendizagem em outras (ou nas mesmas) áreas clínicas e/ou de investigação.

Quadro II – O Futuro 6º Ano – Caracterização do Estágio Clínico

- O ano de estágio clínico conclui o curso de licenciatura em Medicina, decorrendo sob a responsabilidade directa da Universidade.
- O estágio clínico é dedicado ao exercício programado e orientado de Medicina, a desenvolver em áreas médico-cirúrgicas obrigatórias e áreas optativas, num período total de 15 meses, em que se incluem 1 mês de férias e 1 mês para avaliação final.
- Os estágios clínicos obrigatórios decorrem nas áreas de conhecimento de Medicina, Cirurgia, Saúde Materna e Infantil, Saúde Mental, Clínica Geral e Saúde Pública, num período total não inferior a 11 meses. Os períodos de estágio em cada uma daquelas áreas decorrem em blocos rotativos, com os seguintes tempos mínimos propostos: Medicina – 14 semanas; Cirurgia – 7 semanas; Saúde Pediátrica – 7 semanas; Ginecologia e Obstetrícia – 4 semanas; Saúde Mental – 4 semanas; Clínica Geral e Saúde Pública – 7 semanas.

(continua)

- Cada estágio clínico de opção dura pelo menos 1 mês, podendo ser prorrogado por igual período, e efectivado em área clínica obrigatória ou em outras especialidades ou sub-especialidades médicas hospitalares. O estágio clínico de opção pode ser substituído por uma actividade de investigação creditada. Os estágios clínicos de opção não são de realização obrigatória, podendo o aluno ocupar o tempo como desejar.
- Nos estágios clínicos, 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.
- 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 candidatura à inscrição na Ordem dos Médicos.

As competências adquiridas em cada um dos estágios obrigatórios e o comportamento evidenciado durante todo o estágio são requisitos indispensáveis à concessão do grau de licenciatura em Medicina, que permite o exercício profissional sob tutela (Quadro III). Nesta qualificação assumem responsabilidades directas os dois ministérios da tutela, o da Educação e da Saúde (Quadro IV). Em meu entender, também a Ordem dos Médicos deverá ter uma palavra na definição da competência e da qualidade dos futuros clínicos que irá certificar (Quadro V) Acresce que a qualidade da formação depende substancialmente da qualidade das unidades onde decorre. Afigura-se natural que a Ordem dos Médicos possa contribuir indirectamente para o nível desejado da formação médica no 6^o ano, se vier a recomendar unidades idóneas para acolhimento dos estagiários e conceder o seu apoio a uma avaliação periódica do estágio nessas unidades clínicas, à semelhança do *pre-registration year* no Reino Unido (49).

As Faculdades de Medicina são as instituições a que compete a formação de médicos com qualificação e competências de interesse público. Em última instância, a responsabilidade da formação médica depende da Universidade e do Ministério da Educação, por via da viabilização administrativo-financeira, condições logísticas e funcionais concedidas, orçamentos atribuídos e indis-

pensável articulação com a política de saúde no País. A assunção de responsabilidades perante a população pela qualificação médica é partilhada por todos aqueles sectores, embora a níveis distintos (Quadro VI). A qualidade da formação não poderá ser garantida se as condições mínimas definidas pelos organismos formadores não forem contempladas. No caso particular dos estágios clínicos, há que garantir unidades clínicas seleccionadas e tutores com excelente reputação clínica o que, na prática, representa encargos avultados fora dos critérios de convergência aprovados pelo Ministério da Educação desde 1994/95. Adicionalmente requer-se uma orgânica funcional profissionalizada, apta a formar e a avaliar a qualidade dos estágios.

As Universidades, pelas suas Faculdades de Medicina, formam médicos que, na sua quase totalidade, serão contratados para funções clínicas no Sistema Nacional de Saúde (Quadro VII). Daqui afigura-se natural que o Ministério da Saúde pretenda clínicos competentes. A qualidade da actividade assistencial será, em grande parte, determinada pela qualidade da respectiva formação nas Faculdades de Medicina. Interessará por isso ao Ministério da Saúde que o ensino médico pré-graduado decorra o melhor possível em unidades clínicas especiais, em que, além da responsabilidade da rotina assistencial, estejam previstos os encargos em tempo e recursos humanos para a formação pré-graduada, de acordo com protocolos inter-institucionais, até à data pouco funcionais.

Existem actualmente muitos problemas a requerer soluções (Quadro VIII), para que o estágio clínico seja concretizado com a eficácia pretendida. Algumas das dificuldades previstas recaem no âmbito dos financiamentos suplementares requeridos, mas a fracção mais complexa é, sem dúvida, constituída por ausência de legislação que flexibilize o sistema.

Conhecem-se bastante bem as principais preocupações dos candidatos a estágio clínico (Quadro IX). A qualidade da unidade clínica de acolhimento, o prestígio das suas equipas e a capacidade tutorial que revelam são os critérios de escolha mais destacados.

Além da vivência clínica propriamente dita, há que completar a formação do estágio com um conjunto de temáticas circunstanciais em que se requer alguma capacidade operacional, particularmente numa sociedade em mudança acelerada.

A abordagem de alguns problemas socioeconómicos da população, o conhecimento do sistema de saúde e dos cuidados que oferece, as medidas de recuperação e/ou prevenção que possibilita, a apreciação das responsabilidades de natureza jurídica, étnica, religiosa e ética que recaem no clínico, as medidas que podem estar ao seu alcance, o conhecimento mínimo que deverá ter sobre os mecanismos de avaliação e gestão das unidades de saúde em que virá a decorrer a actividade profissional da generalidade dos estagiários são, no seu conjunto, temáticas a justificar preparação complementar (Quadro X).

Naturalmente que o estágio clínico não conferirá senão os fundamentos profissionais essenciais para o início da actividade clínica. Porém, pelo menos, tão importantes como as competências e os conhecimentos exigíveis ao recém-licenciado, são as capacidades inculcadas em todo o curso e reforçadas durante o estágio clínico, para um posicionamento compassivo perante o doente e uma responsabilização ética pela auto-aprendizagem continuada durante toda a sua vida profissional.

Quadro III – O Futuro 6º Ano – Objectivos e Competências a Adquirir e a Desenvolver durante o Estágio Clínico

- Desempenhos clínicos.
 - Avivamento e aplicação dos conhecimentos e desempenhos básicos aprendidos nos anos anteriores do curso, aprendizagem de outros conhecimentos e desempenhos, incluindo observação clínica, diagnóstico das situações comuns e prescrição terapêutica;
 - Reconhecimento de situações de emergência médica e cirúrgica, providenciando soluções adequadas;
 - Competência básica em ressuscitação cardio-respiratória.
- Comunicação (oral e escrita)
 - Capacidade de comunicação com empatia e eficiência com colegas, outro pessoal de saúde, doentes e seus familiares, e comunidade em geral;
 - Capacidade de transmitir más notícias e situações penosas relacionadas com os doentes e a doença, aos próprios e seus familiares.
- Capacidades de trabalho em equipa e qualidades individuais
 - Capacidade de integração e interacção multi-disciplinares, compreendendo e respeitando as funções de cada outro membro de equipa;
 - Capacidade de reconhecer limitações próprias, gerir o tempo e o trabalho a executar, e definir prioridades;
 - Capacidade de lidar com a incerteza, aprender pela reflexão e pela experiência.
- Aspectos legais, éticos e religiosos
 - Conhecimento dos aspectos legais da prática clínica, dos deveres do médico perante a lei, dos direitos do doente, da obrigação de confidencialidade, da privacidade, do consentimento expresso, atitudes, valores e expectativas dos doentes de etnias e religiões diferentes.
- Factores psicológicos e sociais
 - Compreensão das influências que as disfunções psicológicas, a personalidade, os valores (culturais, étnicos e religiosos), os estados socio-

(continua)

- económicos, a cultura e o desenvolvimento intelectual exercem na evolução da doença e do comportamento do doente e pessoal de saúde;
- Capacidade de lidar compassivamente com os moribundos, os que sofrem e com os seus familiares, qualquer que seja a sua proveniência cultural, religiosa ou étnica.
- Sistema e política de saúde
 - Conhecimento do sistema de saúde em que trabalha, da política de saúde nacional e das obrigações que competem aos estagiários;
 - Conhecimento e prática das medidas preventivas da doença e promotoras da saúde;
 - Conhecimento das normas de gestão de recursos e limitações na área da saúde, em particular na prescrição, terapêutica, utilização de meios diagnósticos e investigação aplicada;
 - Conhecimento e capacidade de utilização da informática na prática clínica, e precauções a ter com o acesso aos registos médicos;
 - Compreensão dos princípios da auditoria e da avaliação regular das unidades de saúde do seu pessoal, como processo de correcção e melhoria.
- Progresso da Medicina
 - Compreensão e (desejavelmente também) capacidade de intervenção em acções de investigação, com o propósito de contribuir para o melhor conhecimento e eficácia da prática clínica;
 - Reconhecimento de que a auto-formação durante toda a vida é essencial para a actualização e desenvolvimento pessoal e profissional.

Quadro IV – Futuro 6º Ano

Organismos Responsáveis pela Preparação Clínica de Futuros Médicos

- Faculdades de Medicina, Universidades (respectivas) e Ministério da Educação;
- Ministério da Saúde e unidades afectas à formação médica pré-graduada; Ordem dos Médicos.

Quadro V – Futuro 6º Ano

Responsabilidades Actuais e Adicionais da Ordem dos Médicos

- Certificação dos novos licenciados;
- Eventual indicação das unidades idóneas para estágio clínico;
- Eventual avaliação regular da qualidade de estágio clínico junto das Faculdades de Medicina e das unidades clínicas onde decorre.

Quadro VI – Futuro 6º Ano
Responsabilidades e Deveres das Faculdades de Medicina.
Universidades e Ministério da Educação

Na generalidade

- Responsabilidade perante a população pela preparação, competência e prática dos novos licenciados.

Na especialidade

- Aprovação e avaliação regular das unidades de saúde utilizadas nos estágios clínicos;
- Selecção, preparação e remuneração dos supervisores pedagógicos;
- Definição, apoio e avaliação dos estágios (em termos de qualidade de serviço, acompanhamento regular de cada estagiário, correcção de problemas ou necessidades verificadas, certificação dos progressos e concretização dos objectivos educacionais pré-definidos).

Quadro VII – Futuro 6º Ano
Responsabilidades das Unidades de Saúde e do Ministério da Saúde

- Facilitar o acesso e a utilização das unidades clínicas seleccionadas;
- Facilitar o desempenho das actividades pedagógicas por clínicos afectos ao ensino (designadamente, tutores clínicos e supervisores pedagógicos), dispensando-os das obrigações do serviço assistencial conforme as necessidades expressas;
- Facilidades idênticas, em instalações e recursos humanos; quanto ao restante programa pré-curricular decorrente em hospitais com actividades escolares pré-estabelecidas.

Quadro VIII – O Futuro 6º Ano
Orgânica Geral e Problemas a Resolver

Responsabilidade pelo desenvolvimento e creditação do 6º ano

- Faculdade de Medicina / Universidade:
 - Providencia e congrega recursos financeiros, humanos e instalações;
 - Confere a licenciatura em Medicina.

Funções do estagiário

- Aprendizagem tutelada;
- Responsabilização legal a definir na prestação de cuidados clínicos.

Preparação especial do estagiário

- Caderno de desempenhos e de autoavaliação;

(continua)

<ul style="list-style-type: none"> • Documentação de apoio (a ser-lhe fornecida); • Introdução em cenário de actuação clínica programada; • Estágio integrado por diversos cenários; • Apoio directo a alunos do ciclo clínico. <p><u>Avaliação do estagiário</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação contínua pelos tutores c/registo escrito de progressos (várias vezes/ano); • Avaliação final por OSCE. <p><u>Docentes e sistema</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisores pedagógicos (preparados, avaliados e pagos) a recrutarem entre os que prestam serviço efectivo nos locais de estágio seleccionados; • Prever e preparar de imediato o sistema educacional incluindo núcleo administrativo, e a elaboração de materiais pedagógicos para suporte do estágio clínico nas diferentes áreas de acção. <p><u>Coordenador do 6º ano</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordena e acompanha os supervisores pedagógicos; • Selecciona, verifica e avalia continuamente os locais de acção clínica; • Procede à avaliação do estágio, em cada local. <p><u>Local de estágio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidades hospitalares/serviços afiliados (pré-seleccionados); • Centros de saúde afiliados (pré-seleccionados). <p><u>Soluções administrativas de dependentes dos ministérios da tutela</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexibilização contratual dos supervisores pedagógicos; • Afiliação e acordos flexíveis entre as Faculdades de Medicina e as unidades do Serviço de Saúde que sejam seleccionadas; • Nível de responsabilização docente dos supervisores pedagógicos; • Responsabilidade médica dos estagiários.

Quadro IX – O Futuro 6º Ano – O que os Estagiários Poderão Desejar

<ul style="list-style-type: none"> • Integração em equipas clínicas e serviços com boa reputação profissional; • Ensino activo de novos conhecimentos, atitudes e desempenhos, e possibilidade de aplicação e melhoria dos já aprendidos durante o curso; • Objectivos educacionais específicos; • Atribuição progressiva de responsabilidades pelos tutores;

(continua)

- Meios e possibilidades de aprendizagem activa, essencialmente prática (em cenários de emergência, enfermaria e consultas externas);
- Meios e possibilidades de aprendizagem activa, essencialmente prática (em cenários de emergência, enfermaria e consultas externas);
- Disponibilidade fácil a serviços de apoio diagnóstico e bibliotecas;
- Tempo protegido para ensino, aprendizagem e outras ocupações optativas;
- Possibilidade de programas organizados como cursos livres optativos, seminários, gestão organizada do tempo de ensino-aprendizagem;
- Exposição a situações clínicas e sociais diversas, em cenários similares daqueles que se prevê que venham a exercer actividades profissionais.

Quadro X – O Futuro 6^o Ano
Temas para Seminários de Formação Complementar

- Pobreza, exclusão social, habitação e qualidade de vida;
- Droga, acidentes, violência;
- Envelhecimento, doenças redutoras, protecção social, limitações;
- Prevenção e acompanhamento de doenças crónicas;
- Situações terminais e morte;
- Doenças e doentes difíceis;
- Problemas éticos, étnicos, e religiosos;
- Aconselhamento genético;
- Prevenção tabágica;
- Comportamentos de risco, protecção/prevenção;
- Deficiência física e mental, integração, reabilitação;
- Tóxicos e ambiente – protecção da saúde;
- Saúde oral;
- Cuidados paliativos;
- Fraudes, gestão de situações de risco e da decisão;
- Situações e terapêuticas de urgência;
- Liderança e gestão de equipas de saúde;
- Política e legislação em Saúde;
- Escolha de especialidades e expectativas profissionais;
- Avaliação do trabalho realizado, certificação e critérios de qualidade (individuais e internacionais).

Bibliografia

1. Industrial Research and Development Advisory Committee of the Commission of the European Communities (IRDAC). (1991) *A Carência de Qualificações Profissionais na Europa* (Relatório). Bruxelas.
2. Evans EM (1991) Educating for a qualification or a career? *Biochem. Educ.* 19, 121-124
3. Batista S.F. (1997) Análise da qualidade do ensino médico (comunicação livre). *Actas do VIII Congresso Nacional de Educação Médica*. Coimbra, p. 141.
4. Wakeford R Roberts S (1983) Thirty years on examination performance and career success of the 1950-1 intake of Cambridge medical students. *Br. Med. J.* 286, 1796-1798.
5. Smith SR. (1993) Correlations between graduate's performances as first-year residents and their performances as medical students. *Acad. Med.* 68, 633-634.
6. Pires A.L.O. (1994) As novas competências profissionais. *Formar* 10, 4-19.
7. Hager P., Gonezi A (1996) What is competence? *Medical Teacher* 18, 15-18.
8. Association of American Medical Colleges (1984) *Physicians for the Twenty-First Century*. (The GEP Report of the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine). Washington.
9. The Edinburgh Declaration of the World Federation for Medical Education. (1988) *Lancet* ii, 464
10. Garcia-Barbero M. (1995) Medical education in the light of the World Health Organization, Health for All Strategy and the European Union. *Med Educ.* 29, 3-12.
11. Bligh J. (1998) Where medical education matters *Med. Educ.* 32, 573.
12. Towle A (1998) Changing in health care and continuing medical education for the 21st century *Br. Med. J.* 316, 301-304.
13. Gaillard J.P. (1994) *Le Médecin de Demain-Vers une Nouvelle Logique Médicale*. ESF éditeur, Paris.
14. Pardes H. (1997) The future of medical schools and teaching hospitals in the era of managed care. *Acad. Med.* 72, 97-102.
15. McInturff W.D., Neely S. (1997) What Americans say about the nation's medical schools and teaching hospitals. *Acad. Med.* 72, 132-133,
16. Brody H, Sparks H.V, Abbelt W.S., Wood D.L., Wadland W.C., Smith R.C. (1993) The mammalian medical centre for the 21st century. *JAMA* 270, 1097-1100.
17. Clack G.B. (1994) Medical graduates evaluate the effectiveness of their education. *Med. Educ.* 28, 418-431.
18. Nair B.R., Coughlan J.L., Hensley M.J. (1998) Impediments to bed-side teaching. *Med. Educ.* 32, 159-162.
19. Lookwood D.N.J., Goldman L.D.H, McManus I.C. (1985) Student audit of clinical teaching: a 3 years study. *Br. Med. J.* 291, 719-721.

20. Lookwood D.N.J., Goldman L.H., McManus I.C. (1986) Surgical dressers: the theatre experience of junior clinical students. *Med. Educ.* 20, 216-221.
21. McManus I.C., Richards P., Winder B.C., Sprotson K.A., Vincent C.A. (1993) The changing clinical experience of British medical students. *Lancet* 341, 941-944.
22. Warren V, Wakeford R.T. (1990) Do medical student get what expect? A study of possible mismatch between expectations and experience of medical education and practice. *Med. Educ.* 24, 178-180.
23. Schamroth A.J., Haines A.P. (1992) Student assessment of clinical experience in general surgery. *Med. Teacher* 14, 355-362.
24. Firth-Cozens J., Moss F. (1998) Hours, sleep, team work, and stress. *Br. Med J.* 317, 1335-1336.
25. La Combe M.A. (1997) On bedside teaching. *Ann Int. Med.* 126, 217-220.
26. Jolly B, MacDonald M.M. (1989) Education for practice: the role of practical experience in undergraduate and general clinical training. *Med. Educ.* 23, 189-195.
27. Fraser R.C. (1991) Undergraduate medical education: present state and future needs. *Br. Med.* 1. 30 I, 41-43.
28. Oswald N.T.A. (1989) Why not base medical education in general practice? *Lancet* ii. 148-149.
29. Oswald N.T.A. Jones S., Date J., Hinds D. (1995) Long term community based attachments: the Cambridge course. *Med. Educ.* 29, 72-76.
30. Parle J.V., Greenfield S.M., Skelton J., Lester H., Hobbs F.D.R. (1997) Acquisition of basic clinical skills in the general practice setting. *Med. Educ.* 31, 99-104.
31. Barzansky B. Jonas H.S., Etzel S.I. (1995) Educational programs in US medical schools, 1994-1995. *JAMA* 274, 716-722.
32. Flexner A (1925) *Medical Education. A Comparative Study.* The MacMillan Company. New York.
33. Abrahamson S. (1960) Time to return medical schools to their primary purpose education. *Acad. Med.* 71, 343-347.
34. Thier S.O. (1992) Preventing the decline of academic medicine. *Acad. Med.* 67, 731-737.
35. Martin J.B. (1995) Academic health centres. Vulnerabilities in 1995 and beyond *Arch. Int. Med.* 155, 2045-2048.
36. Korn D. (1996) Reengineering academic medical centers: reengineering academic values? *Acad. Med.* 71, 1033-1043.
37. Pádua F. (1968) O hospital universitário. *Rev. Port. Clin Terap.* 2, 173-174.
38. Pinto Correia J. (1984) Hospitais e clínicas universitárias? O que são e o que deveriam ser. *Rev. Port. Clin Terap.* 8, 177-178.
39. Esperança Pina J.A. (1990) *O Ensino da Medicina e os Centros Hospitalares Universitários.* Lisboa.
40. Martins e Silva J. (1991) Para um ensino médico eficaz. *Boletim da Ordem dos Médicos.* Outubro, 6-8.
41. Carneiro de Moura M., Torrinha F., Silvestre M. (1993) Proposta de um novo estatuto para os hospitais universitários *Educ. Méd.* 4, 118-119.

42. Pinto Machado J. (1996) A formação clínica de alunos de medicina e os estabelecimentos de saúde. *Educ. Med* 7, 132-135.
43. Cardoso de Oliveira M. (1996) Os hospitais universitários, hoje. *Arq. Med* 10, 370-371.
44. World Health Organization (1985) *Targets for Health for All*, European Health for All Series, Nº 1, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
45. European Economic Community Advisory Committee on Medical Training. *Recommendations for Undergraduate Medical Education*. Brussels III/F/5127/3/92.
46. Brookfield S.D. (1986) *Understanding and Facilitating Adult Learning*. Open University Press, Milton Keynes.
47. Pfeiffer RJ. (1983) Early-adult development in the medical student. *Mayo-Clin. Proc*: 58:127-134.
48. Rosenthal J, Ogden J. (1998) Changes in medical education. The beliefs of medical students. *Med. Educ.* 32, 127-132.
49. General Medical Council (1997) *The New Doctor*. (Recommendations on General Clinical Training Made under Section 5 of the Medical Act 1983). Londres.

Reflexões sobre Estratégias e Finalidades do Novo Plano Curricular*

Preâmbulo

Pertence ao domínio da estratégia definir e desencadear um plano global para a resolução de determinado objectivo geral. Cada problema deverá, por isso, ter uma estratégia própria para o solucionar. É a estratégia que permite passar das intenções à acção e, não havendo impedimentos, chegar à concretização das finalidades pré-estabelecidas. Para ultrapassar dificuldades de percurso há que prever um conjunto metodologias e actuações flexíveis, apropriadas e específicas, caso a caso.

Nem sempre, porém, são as estratégias e as táticas suficientes para o êxito pretendido, para resolver um problema ou, no significado original daquela designação, para vencer uma guerra. Os problemas e as dificuldades, qualquer que seja a sua natureza, dependem antes de mais da vontade em resolvê-los, da coragem em tomar as atitudes que se afiguram indispensáveis, e da determinação em atingir a respectiva solução. Na ausência de um ou mais daqueles pressupostos, o mais certo é haver irresolução em lugar da solução. Na história abundam as batalhas perdidas pela fraqueza intrínseca dos intervenientes em presença e/ou de quem os comandava.

Transpondo as generalidades referidas para o campo do ensino médico e, particularmente, para o que se pretende agora debater, que é a renovação do seu programa da pré-graduação, encontra-se motivo para semelhanças conceptuais e, também, para as perspectivas que possibilitam.

De facto, a estratégia para um novo currículo médico requer, antes de mais, de uma cuidada ponderação das motivações que animam os seus proponentes e defensores, dos recursos (humanos e materiais) em presença e, ainda, das convicções e apoios a esperar do poder político. Nesta perspectiva, o programa conceptual e o plano de estudos confirmam somente as intenções a pôr em prática, no terreno. E, de todo o conjunto, talvez sejam as variáveis menos complicadas, enquanto não lhes for dada execução.

* A – In: Boletim da SPEM 1999; IV Série, 9 (1): 12-16.

Finalidades do curso de Medicina

A definição do objectivo último da pré-graduação em Medicina pressupõe naturalmente o perfil do médico pretendido pela Faculdade o que, num sentido mais amplo, significa conhecer o que cada doente (e a população em geral) desejam para um futuro imediato, e o que as autoridades da área da Saúde consideram adequado para suprir as exigências conhecidas e previsíveis no seu domínio, num futuro a médio prazo.

Mal estaria o conceito e a *praxis* da formação médica se os planos de estudo não atendessem às realidades mais comuns dos cuidados de saúde a prestar no momento, e mal estaria a generalidade do acto médico e o progresso da Medicina se as Faculdades se limitassem aos aspectos técnicos da profissão, secundarizando a importância absoluta e a actualização dos fundamentos da ciência médica. Na realidade, os planos de estudos têm de observar um estreito equilíbrio entre a prática e a teoria, possibilitando, por um lado, a aprendizagem dos fundamentos, competências e atitudes adequados para uma intervenção imediata e, por outro, conferindo ao futuro médico recém-licenciado capacidades e preparação para a renovação constante dos saberes da profissão, bem como para acompanhar e para participar activamente no *seu* progresso científico, técnico e cultural durante toda a *sua* vida clínica.

Adicionalmente, o plano de estudos deve formar médicos detentores do saber mínimo pré-estabelecido, tomando em conta que o curso de Medicina não pode nem deve conferir todo o saber e competências exigíveis que cada médico virá a adquirir ao longo de toda a sua vida clínica. Porém, nessa preparação pré-graduada haverá que estabelecer, desde o início, que o médico não é somente a pessoa que sabe Medicina mas também a que sabe ouvir e compreender as mensagens, em particular os sinais não verbais transmitidos pelas pessoas que o procuram profissionalmente. Aprender a ouvir, a ver, enfim, a comunicar com o seu semelhante, numa aproximação humana e holística entre o médico e o doente, estão a ser componentes revalorizadas, indissociáveis dos cuidados médicos requeridos pela população. O relacionamento pessoal entre médico e doente sobreleva-se, actualmente, como o mais importante aspecto dos cuidados de saúde em que o médico, pelo seu posicionamento humano e profissional, deve ser o primeiro e principal “medicamento” dos doentes que o procuram. No fundo esta atitude vem dar razão a Paracelso, de que “*a personalidade do médico pode ter mais influência sobre a recuperação dos doentes do que a própria Medicina*”.

Com o rápido desenvolvimento das ciências básicas e biomédicas a que se assiste particularmente desde os anos 50 deste século, a Medicina registou e continua a evidenciar progressos notáveis, ainda há pouco quase utópicos. Esta modernização da Medicina repercutiu-se inevitável e imediatamente no

seu ensino, quer nos conceitos quer nos conteúdos. A eficácia diagnóstica resultante dos novos meios complementares e técnicos, a par com a possibilidade de intervenção terapêutica num conjunto numeroso de patologias, criou assimetrias diversas, quer na formação quer ainda na prática médica. A atenção à doença suplantou progressivamente a atenção ao doente, no primado do diagnóstico médico. Na conjuntura tende a cristalizar-se a ideia de que a modernização da Medicina conduziu à “desconstrução” da relação médico-doente e, em certa medida também, a alguma perda de eficácia global na promoção e nos cuidados de saúde que se pretendiam extensivos a toda a população. Paraphrasing Montaigne, “*conhecemos muito de Galeno e pouco do doente*”.

Programa curricular e constrangimentos

Ao definir conceptualmente o perfil do médico pluripotencial como o objectivo primacial do novo programa curricular, a Comissão Interministerial para a Revisão do Ensino Médico (CIREM), assim como o Grupo de Trabalho que, na sequência, enquadrou as premissas essenciais desse programa, vieram ao encontro das preocupações acima referidas. Ao aprovar aquelas recomendações¹ o Governo confirmou o seu apoio de princípio, até hoje ainda em vigor.

Dando razão a Rabelais, de que “*os mais sábios são os menos avisados*”, as Faculdades de Medicina decidiram, em boa fé, levar por diante a implantação do novo plano curricular sem cuidarem de garantir formas de apoio suplementar nem assegurarem mecanismos de concertação e desenvolvimento, uns e outros obviamente necessários.

Não obstante aquelas omissões, e tendo por base as propostas que haviam colhido o aval governamental, o novo plano de estudos foi accionado, embora em tempos diferentes e com metodologias díspares, nas instituições de ensino médico nacional.

O hiato de três anos, que mediou entre a extinção daquele grupo de trabalho e as reuniões da comissão *ad hoc* criada por iniciativa das Faculdades de Medicina, agudizou as dificuldades institucionais que sobrevieram à implantação do novo programa curricular. Ao aumentar as exigências na qualidade pedagógica e ao introduzir conteúdos e metodologias que, pela sua natureza, requerem recursos humanos e materiais mais avantajados, o novo programa curricular desnudou a lastimável realidade estrutural e funcional que, há décadas, vinha sendo ignorada e/ou disfarçada pela generalidade dos principais intervenientes e responsáveis.

¹ (Relatório de 14 de Janeiro de 1993 e Despacho Conjunto 44 ME/MISI94, de 21 de Julho).

A deterioração e inadequação de espaços logísticos com cerca de cinquenta anos de serviço contínuo, as carências em anfiteatros, salas de aulas e laboratórios apropriados para as novas pedagogias e conceitos tecnológicos, a ausência de qualidade e modernidade nesses espaços de ensino que se pretendiam também (e sobretudo) para aprendizagem activa, são, no momento, os meios que existem e que ainda continuam disponíveis para a renovação profunda dos conceitos e da prática do ensino-aprendizagem.

Na área clínica não houve as modificações indispensáveis, designadamente a definição do sistema de utilização, gestão e articulação das unidades do Serviço Nacional de Saúde que participam no ensino com as Faculdades de Medicina.

Quanto aos recursos humanos não houve também qualquer modificação da política instituída, baseada numa proporção (irrealista) entre o número de docentes e o número de alunos a leccionar, de que decorre o financiamento institucional.

Através da fórmula de aplicação orçamental, as Faculdades de Medicina viram-se confrontadas, precisamente no ano em que iniciaram o primeiro ano do novo programa curricular, com dois factores lesivos para o cumprimento da missão institucional: primeiro, um valor de rácio docente-discente que agrava a qualidade do ensino e que se constitui numa causa potencial de rupturas pedagógicas; em segundo lugar, o orçamento atribuído não contempla a renovação do saber pela investigação.

Ao contrário do que a aprovação dos trabalhos das CIREM e do Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico fariam crer, surgiram dúvidas sobre a convicção e o empenhamento político originais, quanto à renovação do ensino médico. Ou, em alternativa, por não ter havido nos centros de decisão, desde o seu início, um entendimento profundo dos compromissos assumidos em 1994, quanto à inevitabilidade da revisão curricular que se proporia apoiar, e que, por isso, foi conceptualizada pelas Faculdades de Medicina.

A “Iniciativa de Lisboa” deverá ser entendida como um outro compromisso transnacional, subscrito pelos governantes e representantes das Faculdades de Medicina de diversos países presentes, para uma profunda mudança nos programas da formação médica, tomando-os mais adequados às realidades sócio-económicas e aos novos desafios na área da Saúde.

Enquadramento transnacional

As alterações que vêm sendo introduzidas no currículo médico de grande parte das Faculdades de Medicina, designadamente europeias e norte-americanas, confirma que a mensagem foi aí entendida, sendo os compro-

missos assumidos postos em prática pelos respectivos governantes e responsáveis universitários.

A consolidação política da União Europeia inclui Portugal numa rede de interacção e consensos de que faz parte, naturalmente, a formação e a actuação médicas. Os Colégios Europeus das Especialidades Médicas são uma das realidades desse consenso. É admissível que, em futuro próximo, as certificações de todas as especialidades e fases de formação médica venham a ser ratificadas por comissões europeias especialmente designadas para o efeito.

Encontra-se em desenvolvimento um sistema de créditos europeus² para os estudantes universitários que repartem a sua formação pelo seu país e noutros da União Europeia. Regista-se um aumento de solicitações dos estudantes de Medicina que pretendem fazer a sua formação através dos programas Erasmus e Sócrates. Os estudantes de Medicina das universidades alemãs, por exemplo, são estimulados a completar o estágio clínico em outras faculdades estrangeiras. Por conseguinte, também ao nível da formação médica pré-graduada é previsível uma integração progressiva dos sistemas locais de cada país numa grande rede de permutas transeuropeias. Neste pressuposto, por conseguinte, justifica-se uma atenção redobrada e um grande esforço político e universitário, no sentido de acompanhar as reformulações da formação médica que estão a ocorrer intensivamente nas faculdades de medicina europeias. As recomendações definidas em 1992 por uma Comissão para o Ensino Médico na Comunidade Europeia³ constituem o ponto de referência aglutinador dessas transformações, estabelecendo coordenadas gerais para um denominador comum da formação médica pré-graduada e fases subsequentes.

A par com aquelas iniciativas oficiais regista-se também uma profunda dinâmica associativa no âmbito da educação médica europeia, designadamente através da *Association for Medical Education in Europe (AMEE)* e da *Association of Medical Schools in Europe (AMSE)*. Através de trocas de experiência, informações e debates específicos vêm sendo abordados problemas comuns do ensino médico e, progressivamente, é criada uma perspectiva transnacional que não aceita assimetrias nem obsolescências entre as suas partes constituintes. Agora para o ensino médico como será amanhã na política assistencial, haverá padrões de qualidade certificada, haverá mínimos a cumprir, haverá responsabilidades a assumir e haverá, obviamente, recursos e mecanismos especificamente financiados pelo Estado para que aquelas exigências estipuladas sejam cumpridas.

² European Community Course Credit Transfer System. ECTS.

³ Advisory Committee on Medical Training, documento III/F/5127/3/92-EN, de 27 e 28 de Outubro de 1992.

O contraste presenciado entre o dinamismo da revisão curricular e do sistema de formação médica da generalidade dos países da União Europeia, (em que se inclui uma participação empenhada e determinante das respectivas autoridades académicas e políticas), e a virtual ausência de coordenação sobre aspectos que transcendem as atribuições dos estabelecimentos de ensino médico português, esteve na origem da proposta de criação de um Conselho Nacional de Educação Médica, apresentada pela Sociedade Portuguesa de Educação Médica aos órgãos do Governo em finais de 1996. Embora a proposta – preparada com o contributo de todos os seus membros que se quiseram pronunciar, e aprovada por unanimidade em Assembleia Geral realizada para o efeito – não tenha obtido qualquer resposta concreta que não fosse o anúncio da recepção e o seu envio para apreciação pela Tutela, constituiu uma referência incontornável para as medidas que, inevitavelmente, terão e virão a ser consideradas e organizadas no âmbito global da formação médica em Portugal, em consonância à que decorre nos países centrais.

A importância do conceito

A definição de uma estratégia para a formação médica inclui necessariamente os seus três níveis em sequência, em que a pré-graduação é a fase preliminar que prepara o médico pluripotencial, apto a escolher, a iniciar e a desenvolver a sua diferenciação na pós-graduação, a que se segue uma constante auto-aprendizagem e actualização individualizada na formação contínua.

A definição de uma estratégia para a formação médica parte também do pressuposto de que a qualidade da assistência prática, a postura e competências clínicas de cada médico ao longo de toda a sua vida profissional reflectem, necessariamente, a qualidade daquelas fases de formação. Porém, é na fase de formação pré-graduada que se adquirem os conhecimentos fundamentais, se alcançam competências mínimas, se moldam atributos e se sublinham os valores intrínsecos da boa prática clínica. Embora as propensões individuais pouco se modifiquem no adulto, é na fase inicial da formação médica que deverão ser congregadas oportunidades para tirar partido das motivações que encaminham os candidatos para Medicina, para que, como aconselhava Montaigne, “*se embeba do espírito, não que decore os preceitos*”. Daí a importância e cuidados a ter na escolha dos professores e dos recursos pedagógicos que estes venham a necessitar para os objectivos programáticos.

À parte os constrangimentos estruturais, financeiros e funcionais que urge resolver em instâncias superiores e por via de soluções específicas, providenciadas pelo Governo, com prévia e indispensável audição das instituições, organizações e parceiros sociais que intervêm na formação e actividade

médicas, cabe às Faculdades de Medicina, no âmbito da autonomia universitária, promover uma constante renovação e actualização pedagógica e científica do ensino, embora sem perder de vista o objectivo final da formação conferida, que é fundamentalmente a boa prática clínica.

Posta nestes termos, a eficácia da estratégia para um novo modelo de ensino médico depende, fundamentalmente, dos recursos humanos disponíveis, em particular dos docentes que venham a ser seleccionados. É a qualidade dos docentes, o seu empenho, entusiasmo, dedicação e exemplar comportamento que determinam a qualidade do futuro médico. Mais do que “saber mais” é requerido “saber melhor”, ou seja, saber com entendimento. Todavia, como “*na maior parte das vezes a actividade de quem ensina é nociva aos que desejam aprender*” (Cícero), resulta que a escolha, motivação e preparação (humana, pedagógica e científica) dos formadores constitui o fulcro das mudanças pretendidas e da concretização dos objectivos pré-estabelecidos para o ensino.

Naturalmente que a experiência e os conhecimentos dos docentes contam, e muito, para a aprendizagem dos estudantes. E será ainda melhor se, como sugeria Sócrates, souber “*pôr limites ao estudo (da matéria) de que falha a utilidade*”, e compreender que ensinar é, essencialmente, ajudar a descobrir. Esta perspectiva do método socrático de ensino, em que se fundamenta a maiêutica, tem sido retomada por diversos pensadores ao longo dos séculos.

Johann Amos Kornensky, mais conhecido por Comenius, que viveu no século XVI, expressava assim aquela ideia: “*Considera-se que o principal objectivo é o seguinte: procurar e definir um método de instrução pelo qual os professores ensinem menos mas os alunos possam aprender mais*”, o mesmo que Joseph Payes, em 1883, simplificou na afirmação que “*aprender é auto-ensinar-se*”.

Quer nas recomendações vinculadas na Declaração de Edimburgo em 1988⁴, depois retomadas no modelo SPICES proposto por Ronald Harden⁵ sobressai a ênfase na mudança do ensino centrado no professor (ainda, e apesar de tudo, usual em muitos dos novos sistemas) para um ensino-aprendizagem centrado no aluno e que, afinal, não é mais do que a recuperação do modelo socrático.

O novo modelo de ensino médico, requerendo do formador “que tivesse a cabeça antes bem formada do que bem cheia e que, embora se exigissem as

⁴ The Edinburgh Declaration 12 August 1988 – World Conference on Medical Education of the World Federation for Medical Education. In: Med. Education 1988; 22:481-482.

⁵ Harden RM, Sowden S, Cunn WR – Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. Med. Education 1984; 18:187-194.

duas coisas, tivesse melhores costumes e inteligência do que ciência; mais ainda: que desempenhasse o seu cargo de maneira nova” (Montaigne), reconstitui ideias e propostas milenares mas que, por motivos conjunturais, têm sido constantemente postergadas pela incapacidade dos seus intérpretes e responsáveis directos.

O próximo futuro

A criação de um Grupo de Missão para o desenvolvimento da formação médica em Portugal nos próximos anos vem ao encontro, mas não substitui, a indispensável constituição de um Conselho Nacional de Educação Médica, proposto pela SPEM. Aquele novo organismo de iniciativa governamental configura-se, todavia, uma peça importante do desenvolvimento coordenado dos programas de formação e da sua articulação entre unidades orgânicas de diferentes ministérios, e cuja ausência esteve na origem de múltiplos problemas registados desde 1994.

Renace por isso a esperança de que a estratégia necessária para a modernização da formação médica se tome mais fácil de desenvolver e mais distendida na sua aplicação. A amarga realidade que tem sido para as Instituições do ensino médico, para os seus docentes e para os seus alunos, a concepção e desenvolvimento do novo plano curricular, não impede que se recorde, como Cícero que *“deve-se não somente examinar as palavras mas também as opiniões e ainda os fundamentos delas”*.

Uma Modificação Curricular Adaptável à Inovação dos Saberes e às Exigências Bio-Psico-Sociais do Futuro*

Foi com particular honra e muita satisfação que aceitei o convite do Professor Gomes Pedro, presidente do IX Congresso Nacional de Educação Médica, para participar, com ilustres colegas representantes das outras instituições de ensino médico nacional, num debate sobre o *Estado da Arte* da revisão curricular em Portugal.

Origem e antecedentes

Antes de apresentar a situação na Faculdade de Medicina de Lisboa e a opinião que tenho sobre o assunto, vem a propósito recordar que o “movimento para uma nova educação médica” teve a sua primeira etapa próxima nas 1^{as} Jornadas do Ensino Médico, promovidas em Dezembro de 1981 pela Faculdade de Medicina do Porto. Um ano depois começava o I Congresso Nacional de Educação Médica, também organizado por aquela Faculdade, com o objectivo primordial de promover o “desenvolvimento de uma verdadeira reforma do curso de Medicina”.

Das 14 conclusões então aprovadas por unanimidade, 9 referiam-se exclusivamente à reforma da educação médica, de que o curso de licenciatura era entendido como a sua primeira fase, sob a responsabilidade formal das Faculdades de Medicina.

Entre outras conclusões, era destacada a indispensável participação e responsabilidade das Faculdades de Medicina (e da Universidade, em geral) na definição do *numerus clausus*, da metodologia de acesso aos cursos de Medicina, da objectivação do novo currículo e competências a adquirir, da formação pedagógica dos seus docentes e da introdução de critérios pedagógicos na formulação dos objectivos e dos métodos de ensino. Era recomendada a intervenção das Universidades (e das Faculdades de Medicina) na

* A – In: “Educação Médica”, João Gomes Pedro, António Barbosa (eds), Actas do IX Congresso Nacional de Educação Médica, FML 1999, pp. 123-149.

concepção, planeamento, funcionamento e avaliação da formação pré-universitária dos candidatos a Medicina. Finalmente, foi acentuada a indispensabilidade “*das Faculdades de Medicina disporem de Hospitais cuja gestão, a nível global e de serviços, não poderia deixar consequentemente de lhes caber, com todas as implicações no recrutamento dos docentes no domínio das actividades clínicas*”.

A tónica das conclusões e recomendações manteve-se constante nos congressos subsequentes, acentuando ainda perspectivas complementares.

Assim, no II Congresso, em 1983, afirmava-se que a “*missão triplíce das Faculdades de Medicina (ensino, investigação e prestação de serviços) constitui um todo harmonioso e coerente, a ser iniciado na selecção dos alunos que se candidatam à formação médica e prolongando-se até à conclusão da formação pós-graduada*”. A pós-graduação das vias profissionalizante e académica, assim como a formação contínua foram considerados “*atributos pedagógicos e científicos das Faculdades*”. Para assumirem as responsabilidades inerentes à sua missão as Faculdades de Medicina devem “*seleccionar muito precocemente os seus futuros docentes, sem os riscos prevalentes de se gerarem situações incompatíveis com o seguimento de uma carreira hospitalar*”. Foi sugerido que a “*investigação científica tivesse duplo financiamento estatal*”, pelo orçamento geral do Estado e por verbas de investigação e desenvolvimento a serem atribuídas às Faculdades.

No III Congresso, em 1985 foi concluído que a integração precoce dos estudantes nas actividades clínicas durante o ciclo clínico era um objectivo indispensável do plano de estudos. Deste congresso resultaram duas propostas aglutinadoras que visam uma melhor análise e resolução de problemas inerentes à educação médica, uma recomendando a criação de núcleos ou departamentos de educação médica (como estruturas destinadas também ao fomento da educação médica contínua e à articulação do seu ensino com instituições não universitárias), a outra propondo a criação de uma Comissão Nacional das Faculdades de Medicina, constituída por delegados docentes e discentes, para actuar como órgão colectivo de coordenação das actividades e dos interesses comuns no âmbito da Educação Médica.

O IV Congresso, em 1987, realizado pela Faculdade de Medicina de Lisboa (FML) e pela sua Associação de Estudantes, teve a particularidade de incluir entre as entidades co-organizadoras a Comissão Nacional das Faculdades de Medicina criada no Congresso anterior. O programa desse congresso expandiu muitos dos temas anteriormente abordados, atribuindo grande relevo à formação pré-graduada e pós-graduada em Clínica Geral.

A “*Declaração de Edimburgo*”¹, apresentada nas conclusões da 1st World Conference of the World Federation for Medical Education, em 1988, marcou

¹ Edinburgh Declaration World Conference on Medical Education, Edinburgh, August 1988, (endorsed by resolution 42.38, 19 May 1989, World Health Assembly).

definitivamente as perspectivas dos congressos de educação médica realizados em Portugal nos anos seguintes, constituindo indubitavelmente o ponto de partida para a revisão do currículo médico nacional, cuja decisão foi formalizada na “Iniciativa de Lisboa”². Esta reunião, realizada em Lisboa em Outubro de 1988 no âmbito das comissões regionais ministeriais da World Federation for Medical Education, teve o mérito ímpar de reunir à mesma mesa os ministros da Educação e da Saúde dos países europeus, o que nunca havia sucedido. Há ainda a sublinhar, pela sua importância e repercussões potenciais no desenvolvimento da reforma médica, o ter sido acordada a indispensabilidade de cooperação entre os ministérios da Saúde e da Educação na definição da política da saúde por todos e cada um dos países europeus.

Tendo como base aquelas recomendações e decisões, decidiu o Governo português criar de imediato a Comissão Interministerial de Revisão do Ensino Médico (CIREM), por despacho conjunto dos ministros da Saúde e da Educação³. No acto da posse dos membros daquela Comissão, que ocorreu na Aula Magna da Faculdade de Medicina de Lisboa em 16 de Novembro de 1989, o então ministro da Educação, Eng^o Roberto Carneiro, sublinhou no seu discurso que (a Comissão) “... *tem a garantia do interesse do Governo consubstanciado na adesão dos dois ministros interessados na Iniciativa de Lisboa; tem a garantia de que as medidas propostas serão prontamente implementadas pelo Governo desde que se dirijam para os objectivos declarados nesses dois documentos*” (os documentos referidos eram a Declaração de Edimburgo e as conclusões da Iniciativa de Lisboa).

Tendo a garantia de aprovação do Governo às propostas elaboradas pela CIREM e pelo Grupo de Trabalho⁴ nomeado para concretizar as propostas e preparar os diplomas legais respectivos, as quatro Faculdades de Medicina do País iniciaram em 1995/96 o 1^o ano do novo plano curricular, o qual abrangerá os seis anos do curso no ano lectivo de 2000/2001.

Conjuntura e perspectivas institucionais

A modificação curricular na FML foi entendida sob três perspectivas interdependentes: conceito, funcionalidade e estratégia.

O *conceito* fundamentou-se nos termos da proposta elaborada pela

² Ministerial Consultation for Medical Education in Europe, Lisbon 31 October – 3 November 1988 (In: Medical Education 1989; 23:206-208).

³ Criação da CIREM por despacho conjunto 26/ME/89 e 82/ME/89, respectivamente, de 18 de Março e 9 de Junho, dos ministros da Educação e da Saúde; relatório aprovado em 14 de Janeiro de 1993.

⁴ Criação do Grupo de Trabalho por despacho conjunto de 20 de Maio de 1993; relatório aprovado por despacho conjunto 44/ME/94 de 21 de Junho, dos ministros da Educação e da Saúde.

CIREM, que objectivava a formação de um perfil de *médico pluripotencial*, caracterizado como o recém-licenciado habilitado a desempenhar actos médicos para que foi preparado e a prosseguir a sua aprendizagem profissional sob tutela, no âmbito do Sistema Nacional de Saúde (SNS). A formação pluripotencial permitiria aos recém-licenciados optar de imediato por uma carreira não-clínica ou ingressar numa especialização médica. Por fim, ao propor que o 6^o ano do curso decorresse como estágio clínico profissionalizante, em condições de substituir no futuro o Internato Geral, o novo plano curricular possibilitaria o encurtamento total do período de formação médica em cerca de dois anos.

As condições conceptuais enunciadas, substanciadas pelos princípios expressos na Declaração de Edimburgo, posteriormente ratificadas e dimensionadas nas recomendações da World Summit on Medical Education⁵, interferiam radicalmente com os objectivos e metodologias tradicionais do ensino médico. Esta discrepância justificou a necessidade de ser organizarem frequentes e exaustivos debates internos na FML, visando a identificação das necessidades imediatas (e previsíveis) em infra-estruturas, recursos humanos, meios funcionais, capacidades pedagógicas e estratégia de acção, para que a modificação curricular tivesse viabilidade.

Quanto à *funcionalidade* de um novo programa curricular, a tarefa afigurou-se, numa primeira análise, irrealizável a muitos dos professores e responsáveis da Faculdade. De facto, além do seu corpo docente e do cepticismo próprio das instituições, a FML poderia contar somente com instalações envelhecidas, localizadas no edifício comum com o Hospital de Santa Maria. Para programar e desenvolver as novas pedagogias recomendadas para o ensino médico, a FML não dispunha de espaços, devolutos ou reutilizáveis, que permitissem a expansão das áreas de intervenção pedagógica em pequenos grupos de alunos, ou instalar laboratórios de auto-aprendizagem, salas de estudo ou rede informática. A FML também não dispunha de suplementos financeiros que permitissem o reapetrechamento em equipamentos e materiais de utilização pedagógica, quase inexistentes, apoiando todas as suas actividades institucionais numa estrutura administrativa insuficiente para a renovação pretendida. A seu favor, a FML poderia contar com o Departamento de Educação Médica (DEM), o primeiro a ser constituído no País, e a valiosa colaboração de docentes activos, interessados e com longa experiência pedagógica na formação médica pré- e pós-graduada.

A situação nessa data caracterizava-se fundamentalmente por uma clara discrepância entre a atitude e os meios institucionais disponíveis para a revisão curricular (proposta e aprovada superiormente) e os pressupostos peda-

⁵ Recommendations World Summit on Medical Education, Edinburgh, August 1993.

gógicos que a deveria concretizar com eficácia^{6,7}. A contrapor ao ensino clássico “baseado no professor” era recomendado um ensino-aprendizagem “baseado no aluno”; em lugar de se transmitir informação factual havia que desenvolver a capacidade de aprendizagem por problemas; em vez do ensino baseado em disciplinas era reformulada a integração dos seus conteúdos; o programa padronizado, a ser igual para todos, deveria ser flexibilizado com opções pedagógicas para a construção do currículo pelo próprio aluno; por fim, o ensino *oportunistico* deveria ser substituindo pela sistematização da aprendizagem.

A identificação das dificuldades em campo foi motivo para expandir as reflexões até ao objectivo principal do ensino médico pré-graduado. A contrapor ao modelo tradicional, em que a licenciatura em Medicina é obtida quando o aluno conclui com aproveitamento o último exame do curso (sendo o curso de licenciatura por extrapolação, quase só o resultado de um somatório de disciplinas a concluir em seis anos), afigurou-se oportuno reconfigurar a finalidade última da formação pré-graduada.

Não obstante a interrogação habitual sobre “o tipo de médico que precisamos” conduzir às mais variadas propostas, o facto de a CIREM ter objectivado o novo currículo para a formação do médico pluripotencial e esta definição ter sido considerada aceitável internamente, favoreceu extraordinariamente o desenvolvimento subsequente dos trabalhos.

A etapa imediata foi definir uma *estratégia* institucional para a revisão curricular, a ser implantada com os constrangimentos (institucionais e externos) reconhecidos e tendo por objectivo um novo programa curricular, visando a formação do médico pluripotencial.

Para estruturar a planificação e o desenvolvimento do novo programa, os órgãos da FML aprovaram em 1992 a criação de uma Comissão de Revisão Curricular (CRC) com 15 membros, em que além do director da FML, há representação paritária de docentes (em que se incluem os presidentes dos Conselhos Científico e Pedagógico, o director do Departamento de Educação Médica, quatro professores nomeados pelo Conselho Científico, dos quais dois delegados das ciências básicas e pré-clínicas e dois delegados das clínicas) e discentes (nomeados pela Associação de Estudantes, em que se inclui o respectivo presidente).

Entre outros aspectos, a CRC não considerou justificável iniciar modificações drásticas no programa curricular, por duas razões principais: em primeiro, por não existirem estruturas e apetrechamento físico para um “ensino

⁶ “Tomorrow’s Doctors – Recommendations on Undergraduate Medical Education”, General Medical Council, UK, December 1993.

⁷ Garcia-Barbero M – Medical education in the light of the World Health Organization Health for All Strategy and the European Union. *Med. Education* 1995; 29:3-12.

centrado no aluno”; em segundo lugar, por haver carência de recursos humanos, quer em docentes quer em pessoal de apoio. Tendo como objectivo próximo o início do novo 1^o ano em 1995/96, a CRC definiu algumas linhas gerais programáticas e preparou as alterações mais consistentes para o curso em geral e para os primeiros dois anos em particular.

Uma das primeiras medidas tomadas pela FML foi a de organizar um curso de mestrado em educação médica, visando a preparação pedagógica avançada de docentes interessados (e em quem a Faculdade também confiava), para dar suporte adequado ao processo de mudança continuada. Esse 1^o curso, preparado e desenvolvido pelo departamento de educação médica e co-organizado com a Universidade de Wales, veio a ser iniciado em 1996.

Quanto ao programa curricular, a CRC (com base no artigo 23 da directiva 93/16 da Comunidade Europeia e das recomendações da CIREM), estabeleceu que o programa curricular estaria sob a responsabilidade directa da FML, decorrendo durante seis anos e um mínimo de 5.500 horas de escolaridade teórica e prática, sendo o 6^o ano organizado como “exercício orientado e programado” da prática clínica em unidades do Serviço Nacional de Saúde. Os seis anos do curso de licenciatura definiriam o período mínimo requerido para a formação pré-graduada do médico pluripotencial, o qual, após ter concluído com aproveitamento todas as valências do curso, estaria nas condições de se inscrever na Ordem dos Médicos e de iniciar a formação pós-graduada.

Adicionalmente, o programa curricular da pré-graduação seria objectivado para que o aluno adquirisse e ou aprofundasse conhecimentos, capacidades de intervenção, atitudes e valores adequados ao exercício da profissão. Especificadamente, eram requeridos: (i) conhecimentos e a compreensão sobre o estado e a promoção da saúde, sobre a doença e a sua resolução; (ii) aferição das capacidades práticas e de intervenção junto do doente, com aquisição de competências para tipos de actuação e desempenhos técnicos essenciais; (iii) aquisição e demonstração de atitudes e valores humanos e profissionais perante os doentes e os seus familiares, perante os colegas, a sociedade e consigo próprio.

Com base nestas finalidades e não ignorando que um dos óbices dos programas curriculares da Medicina é serem rapidamente bloqueados pela sobrecarga de conteúdos, entendeu-se indispensável definir o núcleo de conhecimentos, práticas e atitudes que, por serem básicas e essenciais ao exercício da profissão, teriam de ser adquiridas antes do estudante de Medicina estar em condições de assumir as responsabilidades de médico pluripotencial. Tomando por orientação este objectivo geral da formação médica pré-graduada, o núcleo curricular em cada ano seria organizado por etapas em sequência, desde o 1^o ano do curso, de modo a que as ciências básicas de Medicina aprendidas nos primeiros anos fossem progressivamente integradas na componente clínica da formação, prevalente em anos mais avançados. O

6º ano do curso seria o topo da aprendizagem em vivência clínica plena, contribuindo para o reforço dos conhecimentos adquiridos nas etapas anteriores do curso e para a aprendizagem de aspectos mais relacionados com a clínica prática nas unidades de saúde.

Para complemento da formação essencial (nuclear) do programa curricular foi decidido criar oportunidades educacionais a que os estudantes tivessem acesso, para aprofundamento de conhecimentos em que teriam interesse especial, para aprendizagem de aspectos práticos, para se iniciarem em pesquisa científica, para adquirirem experiência com projectos de trabalho, ou para alargarem perspectivas intelectuais na diversidade, quer em temas médicos ou de outros domínios científicos e culturais. Por conseguinte, a par da formação padronizada em núcleo curricular obrigatório para todos, os alunos teriam de optar por áreas de estudos modulares especiais, a serem organizadas como cursos, disciplinas ou estágios de investigação.

A escolaridade dos cursos, disciplinas e estágios (obrigatórios e optativos) foi substituída por unidades de crédito, pelos critérios estabelecidos na legislação em vigor para cada tipo de acção lectiva e respectivas horas de duração⁸.

Adicionalmente à definição de um núcleo curricular, a ser completado por um conjunto de oportunidades de formação optativa (sem avaliação sumativa), foi considerado essencial que o currículo obrigatório evoluísse no sentido da integração dos conhecimentos e desempenhos em grandes áreas da formação médica, a par com a redução do número de exames e do período para avaliação sumativa, ambos exagerados no programa antigo.

A mudança curricular dos primeiros cinco anos do curso

Não sendo aconselhável desarticular um sistema (o antigo programa curricular) que, apesar das limitações e críticas (detectadas por auto-avaliação interna junto de todos os responsáveis de ensino da FML), funcionava com regularidade, foram decididas as seguintes medidas de intervenção específica no ciclo básico: (i) manter a organização curricular em disciplinas embora privilegiando a sua articulação, horizontal e vertical, por áreas de afinidade; no ciclo básico as disciplinas tradicionais foram repartidas pelos dois anos, em geral com um semestre no 1º ano e dois no 2º ano; a excepção foi a Anatomia que, tendo escolaridade anual no 1º ano, era continuada por um semestre de Neuroanatomia no 2º ano; esta disciplina (com características inovadoras) previa o ensino integrado de parte da sua matéria com a da Fisiologia do sistema nervoso; (ii) o ensino de Medicina Preventiva I

⁸ Decreto-Lei nº 173/80 de 29 de Maio.

foi coordenado com o da Bioestatística (que substituiu a Biomatemática), sendo cada uma localizada em semestres contínuos do 1º ano; durante os primeiros dois anos da revisão curricular a Medicina Preventiva deu origem a outra inovação, em que os alunos, em grupo, desenvolveram projectos na comunidade sob orientação (posteriormente esta iniciativa seria integrada na Introdução à Medicina, na qual os alunos passaram a ser distribuídos por vários tipos de vivência); (iii) foi criada a Introdução à Medicina como área inovadora de integração de diversos componentes, sem avaliação sumativa final, pela qual se pretendia conferir ao aluno recém-admitido no 1º ano uma perspectiva alargada das vertentes técnicas, científicas e sociais da Medicina; adicionalmente, o aluno usufruía de um primeiro contacto com a telemedicina e aprendia os preliminares práticos da ressuscitação cardio-respiratória; (iv) a Psicologia foi subdividida num conjunto de sessões genéricas incluídas no programa da Introdução à Medicina no 1º ano e num pequeno espaço escolar do 2º ano; (iv) foram programadas as duas primeiras disciplinas de opção a que os alunos tinham acesso preferencialmente no 1º ano, a de Inglês e a de Informática, cada uma das quais foi necessário desdobrar pelo menos em duas séries para acolherem todos os alunos interessados. O 2º ano do novo programa curricular teve início no ano lectivo de 1996/97.

Com base na organização inicial do programa curricular entendeu-se conveniente conceptualizar a interacção vertical do programa, não só pela componente das ciências da vida e técnicas mas também as das ciências sociais e do comportamento; assim, foram pressupostos três eixos verticais a desenvolver progressivamente do 1º ao 6º anos do curso. Um era constituído pela Medicina Preventiva e Clínica Geral, outro pelas Ciências do Comportamento e Saúde Mental, e o terceiro pela Ética, Deontologia e Componentes Culturais. Enquanto os dois principais vectores vieram a ter expansão objectiva ao longo do curso o último ainda não passou de uma fase preliminar.

Entretanto, foi decidido criar em 1995 uma Comissão de Acompanhamento Curricular (CAC) para apoio à CRC na colheita bianual de opiniões (dos responsáveis docentes e dos representantes dos alunos), sobre a implementação do novo programa em cada ano e em cada uma das disciplinas da área. É oportuno destacar a importância substanciada que as opiniões e críticas recolhidas pela CAC vieram a ter na harmonização das dificuldades, na correcção de anomalias iniciais e, sobretudo, na consolidação do diálogo com os professores regentes e coordenadores, entre si e com os alunos.

O 3º ano do novo programa curricular foi entendido como charneira do processo de mudança, requerendo para tal modificações mais profundas. Nesse sentido, as disciplinas que anteriormente ocupavam todo o período escolar, embora com carga horária diversa, foram confinadas à primeira metade do ano. Adicionalmente, foi criada a nova área de Patologia para integrar o conteúdo de aplicação clínica potencial daquelas disciplinas do

1º semestre, organizada em grupos temáticos por sistemas e aparelhos. Finalmente, a Introdução à Clínica foi reformulada nos seus objectivos e expandida nos conteúdos, escolaridade e metodologias, constituindo uma nova área de ensino-aprendizagem integrada que inclui aspectos preliminares de semiologia médico-cirúrgica, comunicação médico-doente, imagiologia e vivência hospitalar. Em apoio desta área foi criado o primeiro laboratório de aprendizagem de gestos clínicos com modelos artificiais, é incentivada a participação de tutores na iniciação clínica. O novo programa do 3º ano começou no ano lectivo de 1997/1998.

O 4º e 5º anos do curso foram reorganizados em grandes áreas de actuação coordenadas ou integradas, em que o ensino das especialidades que caracterizava o ciclo clínico foi reduzido ao conteúdo nuclear e adequado ao futuro médico pluripotencial e integrado nas grandes áreas de ensino-aprendizagem. No conjunto, a Medicina e a Cirurgia (integrando aquelas participações nucleares de especialidades, como capítulos do programa e não como disciplinas independentes) foram organizadas como áreas no 4º e 5º anos. O mesmo sucedeu com a Psiquiatria – Saúde Mental e a Pediatria, igualmente ocupando escolaridades próprias naqueles anos. O ensino das disciplinas de Oftalmologia e de Neurologia ficou coordenado numa nova área, a das Neurociências Clínicas, leccionada no 4º ano, enquanto as disciplinas de Obstetrícia e Ginecologia e a da Clínica Geral complementavam o elenco escolar do 5º ano. Os novos 4º e 5º anos do programa curricular foram iniciados, respectivamente, em 1998/1999 e 1999/2000. Entretanto, em 1997 e 1999 foi aumentado substancialmente o número e a diversidade das actividades optativas disponíveis, entre cursos, disciplinas e estágios de investigação ou de iniciação.

Adaptação institucional ao novo programa curricular

A experiência adquirida pela CRC e pela CAC desde a preparação e activação do ciclo básico revelou-se muito valiosa para algumas correcções de orientação programática, entretanto introduzidos, e para a definição de metodologias e preparação de medidas que se demonstraram de grande utilidade prática. O facto da liderança da CRC ter sido assumida integralmente desde o início pelo director da FML, deu suporte às decisões institucionais que se verificaram necessárias e foram aprovadas em cada momento. Esta conjugação de poderes para a dinamização e a resolução de problemas associados ao processo de mudança curricular havia constituído uma recomendação expressa no relatório da Robert Wood Johnson Foundation⁹, revelando-

⁹Marston RQ – The Robert Wood Johnson Foundation Commission on Medical Education. JAMA 1992; 268:1144-1145.

-se, sem dúvida, uma das medidas estratégicas cruciais para a progressão regular dos trabalhos na FML, em confirmação doutras experiências institucionais¹⁰.

A evolução da revisão curricular entre 1995 e 1999 pôs em evidência lacunas institucionais que, não sendo solucionadas com brevidade, condicionariam a qualidade pré-definida e os esforços entretanto desenvolvidos. Entre as situações a requerer suporte inadiável incluíam-se a carência em infra-estruturas e a conceptualização de metodologias pedagógico-científicas a introduzir.

Desde 1980 que era evidente a insuficiência em instalações da FML. Diversos sectores estruturais ou unidades pedagógicas e científicas constituídas desde essa data não dispunham de espaço próprio. A entrada em vigor do novo programa curricular em 1995/96 aumentou drasticamente as carências anteriores, além de criar um dilema institucional entre os objectivos pedagógicos pretendidos e as condições institucionais existentes.

Por conseguinte, uma das primeiras necessidades a suprir com a brevidade possível era o da falta de instalações para o ensino da Medicina, na configuração considerada internacionalmente mais adequada e ao encontro das exigências estruturais e funcionais da mudança curricular iniciada.

A construção de um novo edifício para a FML tornou-se a primeira das prioridades. Em “carteira” existia um programa preliminar aprovado para um edifício a localizar nas proximidades das instalações comuns à FML e ao Hospital de Santa Maria, a partir do qual foi possível obter autorização e suporte superior para elaboração do respectivo projecto. Em 7 de Fevereiro de 1995 a direcção da FML decidiu implantar simbolicamente a primeira pedra no local da futura construção, mas somente em 20 de Fevereiro de 1997 foi autorizado, por despacho ministerial, o respectivo concurso de construção. Com a prevista activação em 2001-2002 daquele novo edifício (destinado a realojar a maioria das unidades que participam na formação médica básica e pré-clínica e também a unidade de Medicina Preventiva), e com o reaproveitamento das instalações da FML a ficarem devolutas no edifício hospitalar, grande parte das carências em infra-estruturas para ensino ficarão decerto resolvidas.

O processo de construção do novo edifício, a par com a identificação de um conjunto de outras estruturas e reapetrechamentos que se perfilavam no horizonte como parte indissociável de suporte à renovação curricular, constituíram as razões próximas para organizar na FML uma estrutura de apoio técnico não só para aquelas finalidades mas também para a avaliação institucional.

¹⁰ Kaufman A – Leadership and governance. Acad. Med. 1993; 73 (suplement): 511-515.

O Gabinete de Planeamento, Avaliação e Desenvolvimento (GPAD), criado em 1997, exemplifica como uma modificação curricular pode constituir-se numa força estruturante de âmbito institucional. De facto, o GPAD veio a revelar-se essencial em todo o processo de mudança curricular, designadamente no acompanhamento das instalações em construção e no apoio que veio conferir à identificação dos meios pedagógicos a instalar, em consonância com os responsáveis pelas unidades de ensino e com a estratégia definida pela CRC e aprovada pelos órgãos da FML.

Igualmente naquela orientação institucional em geral e, particularmente, visando a melhoria das condições para o desenvolvimento do novo programa curricular, foi possível garantir a construção e apetrechamento de um pólo da Biblioteca Central nas ciências morfológicas (em 1997), organizar e preparar a construção de uma primeira sala de estudos e de auto-aprendizagem (que se prevê estar concluída e activada em 2001), remodelar profundamente as instalações da Biblioteca Central (concluída em 1997), criar um laboratório de aprendizagem informática (em 1996) e uma sala de consulta multimédia (em 1997), renovar e ou adaptar instalações dos laboratórios das aulas práticas das ciências básicas no actual edifício (Bioquímica e Genética em 1995, Biologia e Histologia em 1998, Anatomia Patológica em 1999), organizar e remodelar as instalações próprias para a Introdução à Clínica em que se inclui um pequeno auditório e um laboratório de “skills” (em 1997), criar um Laboratório de Práticas Cirúrgicas (em 1997) e depois também de Anestesiologia e Reanimação (em 1999), onde também foi instalado o segundo laboratório de “skills” e, ainda, dar suporte ao projecto e instalação da rede multimédia da FML.

Na generalidade, muitas das intervenções estruturais referidas foram desenvolvidas de acordo com as recomendações implícitas no processo de revisão curricular. Embora tivesse sido afastada (como foi dito, por carência de recursos humanos e de infra-estruturas) a possibilidade de modificar radicalmente a metodologia de ensino, afigurava-se viável antecipar a capacidade de aprendizagem activa para a futura vida profissional, a aprendizagem baseada na competência prática e a integração progressiva das ciências na educação a todos os níveis do curso.

A criação e sucessivo apetrechamento de laboratórios de desempenhos e gestos técnicos associados ao ensino da Introdução à Clínica (no 3º ano do curso), da Anestesiologia e Reanimação (desde o 1º ano e com intervenção de complexidade progressiva em fases subseqüentes), das Prática Cirúrgicas (que começou por ser testado no 6º ano do antigo programa curricular, em 1997, para ser utilizado essencialmente no 5º ano do actual), não só aumenta o grau de confiança adquirida pelo aluno na abordagem de situações concretas modelares, como ainda o prepara para a sua aplicação aos doentes, com ética e sem traumatismos recíprocos, proporcionando ainda a aprendizagem de competência e gestos clínicos comuns.

A criação da Unidade de Telemedicina (em 1998), a par com a extensão progressiva da rede informática a todas as unidades de ensino básico e pré-clínico, ligando ainda as bibliotecas e salas de estudo à Internet, constituíram um dos objectivos estratégicos fundamentais para que o aluno aprenda por si e se prepare para uma vida de auto-aprendizagem contínua.

A instalação da rede, iniciada em 1994, tem acompanhado, com a possível celeridade e disponibilidade de recursos financeiros próprios, a evolução do novo programa curricular. Apesar de ainda não ter sido viável instalar a rede até aos pólos pedagógico-científico do sector clínico (o que se prevê suceder em finais de 2001), a pesquisa multimédia disponibilizada pela FML a todos os seus alunos e docentes em postos descentralizados revelou-se um instrumento de trabalho muito útil para a qualidade da formação médica, a actual e a que se perspectiva atingir pelo novo programa curricular.

Os inquéritos de auto-avaliação que vêm sendo aplicados anualmente, desde 1994, dão conta das críticas e também dos progressos entretanto conseguidos, revelando-se também um contributo inquestionável no controlo da qualidade institucional em geral e da educação em particular, a possibilitar correcções e ajustamentos continuados, por enquanto ainda em fase preliminar.

A criação do Guia de Licenciatura, cuja publicação foi iniciada em 1998/99, confirmou-se também um instrumento de particular utilidade para a estruturação e orientação do novo programa curricular. O Guia de Licenciatura, programado para publicação anual, inclui as informações gerais que regulamentam o curso, seus objectivos, metodologias e a indicação dos docentes que leccionam cada uma das disciplinas e áreas de ensino-aprendizagem do plano de estudos. Cabe acentuar que as informações reproduzidas sobre cada uma daquelas disciplinas e áreas foram preparadas directamente pelos respectivos coordenadores e ou regentes.

Uma outra medida estratégica de fundo consistiu na inclusão de actividades de investigação no programa curricular, como opção ou a desenvolver voluntariamente por alunos interessados, mediante bolsas por concurso aberto. A CRC e os órgãos da FML consideraram, desde o início, que a preparação do futuro médico começa pela sua capacidade de adaptação ainda enquanto aluno, para a mudança, para a incerteza das condições de vida e de trabalho profissional, bem como para a evolução do conhecimento científico em que se baseia a Medicina e para os novos paradigmas emergentes. Ao educar o aluno para a investigação é dado um forte impulso a uma forma superior de exercício médico. Ao incentivar o interesse pela pesquisa científica abrem-se perspectivas individuais para eventuais participações continuadas no futuro; além de serem criadas condições para que os alunos possam exercer a sua capacidade crítica e pensamento independente na obtenção de soluções sobre os fenómenos observados, é incentivada a capacidade de trabalho no desenvolvimento de um projecto de investigação com

objectivos adequados sob a orientação directa de um tutor qualificado a nomear pelos responsáveis dos laboratórios de acolhimento pré-aprovados. Neste propósito, além de projectos de investigação postos a concurso a partir de 1998, foram programadas três modalidades de estágio de investigação (na comunidade, laboratoriais e clínico-laboratoriais), todas com carácter optativo.

A preparação do estágio clínico

Com o evoluir dos trabalhos, tornou-se evidente para a CRC e para os Órgãos da FML que a correcta caracterização dos objectivos e a cuidadosa preparação do estágio clínico seriam factores de terminantes para o êxito da revisão curricular.

A programação na FML do novo 6^o ano do curso com estágio clínico começou no início de 1998, a par com uma fase de especial labor em que todas as instituições de ensino médico nacional estiveram envolvidas na preparação de um enquadramento legislativo do programa curricular.

Aquelas instituições, em que se incluía a FML, começaram a reunir desde 1997 em pré-comissão no âmbito do Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas, vindo a constituir a Comissão de Educação Médica¹¹.

Aquela comissão identificou dois principais constrangimentos à correcta exequibilidade e qualidade do ensino clínico – que são a insuficiência do rácio docente-discente e a inexistência de um estatuto universitário para os hospitais e centros de saúde onde se realiza a formação clínica – os quais impedem as escolas médicas de assumirem com efectiva responsabilidade a totalidade da formação pré-graduada.

No presente e até ao momento, nem aquelas dificuldades tiveram solução superior, nem foi aprovado o projecto de legislação elaborado pela Comissão do Ensino Médico. A recente constituição do Grupo de Missão em Saúde¹² transfere aqueles problemas para uma solução de âmbito alargado a todo o domínio da Saúde e à criação específica de duas novas Faculdades para o ensino médico, em data indeterminada. Por conseguinte, a resolução dos problemas específico que estão a afectar o ensino no ciclo clínico, as condições em que decorrerá o novo estágio clínico e a sua futura articulação com o actual Internato Geral na pós-graduação são, todas, questões em aberto a interferir na organização do próximo 6^o ano de “exercício programado e orientado”, a iniciar no ano lectivo de 2000/2001.

A complexidade do problema justificou que, por iniciativa do CRC, fossem constituídas na FML as seguintes comissões e grupos de trabalho

¹¹ Nomeada por Despacho Conjunto nº 130/98 D. Rep. nº 47 de 25 de Fevereiro, dos ministros da Educação e da Saúde.

¹² Resolução do Conselho de Ministros nº 140/98 de 19 de Novembro.

eventuais¹³: Comissão de Reflexão sobre os Objectivos, Desempenhos e Atitudes Curriculares (1997-1998), para reflexão e elaboração de propostas concretas, designadamente sobre a estratificação do ensino no ciclo clínico, incluindo o estágio; Grupo de Trabalho sobre os Centros de Saúde com Actuação Pedagógico-Científico (1997), para definição da constituição logística, orgânica e funcionalidade de um Centro de Saúde com vertente assistencial e objectivos pedagógico científicos; Comissão de Reflexão sobre o Ensino Clínico (1998), para preparação de documentação para apoio à formação de formadores, avaliação estruturada de objectivos clínicos e registo da concretização dos objectivos dos discentes em caderneta do ciclo clínico; Grupo de Trabalho sobre a Avaliação Estruturada dos Objectivos Clínicos (1998), para perspectivar modelos de avaliação por objectivos a utilizar no ciclo clínico e promover um ensaio-piloto; Grupo de Trabalho de Avaliação Clínica (1998), para identificação das condições logísticas existentes e requeridas para o ensino clínico hospitalar; Grupo de Trabalho sobre as Opções do Ensino Clínico (1998), para identificação dos requisitos para a inclusão de disciplinas e estágios optativos e seminários de formação no ciclo clínico; Grupo de Trabalho sobre a Gestão do Programa Curricular (1998), para a identificação do sistema informático operacional e base de dados sobre conteúdos, escolaridade e respectiva articulação no ciclo clínico.

Os elementos obtidos e as propostas apresentadas estão a possibilitar a organização de estágio clínico, que se prevê incluir uma parte nuclear obrigatória (constituída pelas vertentes principais de actuação médica em períodos definidos pela Comissão de Ensino Médico), com a duração mínima de quarenta e quatro semanas, e uma parte adicional de quatro semanas, a preencher por duas actividades optativas de duas semanas cada. Adicionalmente, está ser organizado um programa de formação complementar, a constituir por seminários sobre temática com interesse prático para a actividade médica. O estágio obrigatório para cada rotação (Medicina, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia, Medicina Geral Comunitária e Saúde Mental) está a ser estruturado com a colaboração específica dos coordenadores de cada área da FML, estando prevista uma caderneta de estágio para utilização pelo aluno, onde se identificam os objectivos a atingir e são registadas as observações da prática desenvolvida. O estágio de cada aluno é orientado em cada uma das unidades em que é colocado por um tutor (ou orientador de estágio), a ser nomeado pelo respectivo director de serviço de acolhimento. Devido a esta relação de um docente (tutor) para um estagiário, houve que alargar a área para estágio hospitalar a outros hospitais públicos. De igual modo há que organizar e alargar as áreas de acção dos estágios em Medicina

¹³ “A Revisão Curricular na FML de 1992 a 1999”, Série Estudos e Documentos, Faculdade de Medicina de Lisboa, 1999.

Geral e Comunitária em centros de saúde da província. Em consequência, a FML iniciou contactos com diversos hospitais centrais da área de Lisboa e com as Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, no sentido de garantir uma colaboração adequada e participada na criação de lugares de estágios para os alunos do novo 6º ano do curso.

Após a conclusão de todas as rotações, em cada uma das quais é prevista a avaliação da competência atingida com uma classificação semi-quantitativa, o aluno terá de realizar um exame final de âmbito clínico, na área de Medicina. A classificação no estágio clínico (para que contribuem a classificação média da avaliação contínua e a do exame final) entra na média final da licenciatura.

Comentários finais

O *Estado da Arte* da revisão curricular na FML é sintetizado nos três principais desenvolvimentos já concretizados: (i) Modificações do plano de estudo, compatíveis aos recursos estruturais, humanos e financeiros disponíveis, que não puseram em risco a funcionalidade do curso, mantendo o ensino tradicional organizado em disciplinas e áreas nos primeiros cinco anos do curso e preparando o 6º ano para estágio em vivência clínica total; (ii) Definição de eixos de desenvolvimento do plano curricular (no sentido vertical para áreas de formação geral; integração horizontal dos domínios afins de ensino-aprendizagem em cada ano; reforço da coordenação sequencial entre cada ano), introduzindo novas acções pedagógicas e metodológicas (como espaços de ensino-aprendizagem optativos ou instrumentos de aprendizagem activa); (iii) renovação e expansão das infra-estruturas físicas para as actividades pedagógico-científicas programadas.

Ao avaliarmos a evolução dos trabalhos para o novo *curriculum*, sobressai a orientação da formação pré-graduada no sentido de uma aprendizagem profissionalizante a adquirir no estágio clínico no 6º ano. Este constitui o objectivo final da actual reformulação curricular para, após a indispensável avaliação dos resultados e da qualidade de formação, serem introduzidas alterações mais profundas em todo o plano de estudos.

Embora o 3º ano fosse inicialmente entendido como o “ano-charneira” da revisão curricular, ao preparar alunos e docentes para a aglutinação das diversas disciplinas afins em grandes áreas de ensino-aprendizagem do ciclo clínico, é no estágio que se depositam as maiores expectativas nesta 1ª fase da revisão curricular em que a FML se encontra empenhada.

Para que o estágio clínico venha a ser efectivamente profissionalizante e adquira credibilidade para substituir o Internato Geral (de acordo com o projecto aprovado pela CIREM e Grupo de Trabalho para a Reflexão do Ensino

Médico, em 1993 e 1994, e conclusões emanadas da Comissão de Ensino Médico em 1998), há que conferir-lhe condições funcionais equivalentes, isto é, em que a formação dos alunos-estagiários seja garantida por médicos experientes e com qualidades pedagógicas para orientadores de estágio, na proporção de um aluno para um orientador. Nestas condições, o estágio possibilitará ao aluno-estagiário concretizar objectivos específicos essenciais, designadamente: (i) refinar as suas capacidades de desempenho e comunicação; (ii) aprender novos conhecimentos e gestos clínicos comuns; (iii) adquirir a capacidade de definir prioridades e de gerir o seu trabalho e tempo; (iv) reconhecer limitações próprias; (v) desenvolver capacidades de trabalho e de relacionamento adequado em equipa; (vi) aprender a gerir emocionalmente a sua actuação na incerteza e em situações críticas.

Na sua generalidade, as modificações iniciadas na FML estão a preparar a aprendizagem profissionalizante do 6º ano. Está a ser incentivada, em todos os anos do curso, a mudança da perspectiva do *ensino do aluno* para o de *apoio à aprendizagem desse aluno*. Nessa adaptação há que criar modelos (estruturais, pedagógicos e científicos), incentivar responsabilidades, promover condições para a aquisição de experiência, comportamentos e competências clínicas, e suscitar a aprendizagem e a prática constantes de atitudes solidárias, desempenhos desinteressados e em vivência ética com os doentes durante todas as fases do curso.

Há consciência de que a revisão curricular carece de múltiplos aperfeiçoamentos, gerais e em pormenor. As modificações introduzidas no programa dos primeiros cinco anos do curso devem ser consideradas preliminares, preparando a verdadeira reforma da formação pré-graduada. Além das alterações pontuais a introduzir, há aspectos de fundo ainda não suficientemente contemplados, designadamente: (i) adequar a formação às realidades e necessidades nacionais de saúde, presentes e já previsíveis; (ii) preparar todos os docentes para actuarem como educadores; (iii) coordenar a educação médica com as actividades de renovação da saúde; (iv) preparar os alunos para uma efectiva formação pós-graduada e contínua, com obrigações éticas para os doentes e para o progresso da ciência médica; (v) conferir aos alunos uma efectiva compreensão e experiência de intervenção biopsicossocial; (vi) intervir activamente na selecção de candidatos ao curso médico, para que a escolha seja *mais pelo que se é do que pelo que se sabe*.

Finalmente, há a certeza institucional de que a estratégia mais recomendável será conceber e preparar um modelo curricular flexível e auto-regulado pelas interacções do meio, a ser impulsionado pelo progresso do conhecimento.

A terminar, não posso nem quero deixar de recordar o esforço e dedicação dos membros da Faculdade – docentes, discente e pessoal – que, desde o princípio e apesar de grandes constrangimentos exteriores e internos, têm contribuído para o bom desenvolvimento da fase actual da revisão curricular na FML.

**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***

Referências Breves

A boa preparação clínica dos futuros médicos, instituída de modo estruturado junto ao doente e com o apoio de docentes vocacionados, tem constituído um dos objectivos nucleares (e tradicionais) dos cursos de licenciatura em Medicina, em particular desde os primórdios do século passado.

Porém, aqueles intuitos nem sempre foram conseguidos, devido a uma ou mais circunstâncias limitativas que terão justificado as sucessivas reformas do ensino médico em Portugal, de 1911 a 1995. Neste período, a duração do curso variou entre cinco e sete anos, em que, de modo inconstante, o último poderia estar organizado como estágio clínico¹.

No primeiro relatório sobre a “Reforma do Ensino Médico” com força de lei², era dada grande ênfase ao ensino prático durante o curso (que tinha a duração de cinco anos) e à obrigatoriedade de um ano adicional para treino prático complementar.

Em 1918, a “Organização Geral do Ensino Médico”³ instituiu os exames de Estado no termo do curso de cinco anos, em que era objecto de avaliação definitiva a frequência e aprendizagem clínicas dos futuros licenciados.

Em 1930, o curso médico passa a ter a duração de seis anos, continua a ser incentivado o ensino prático mas a organização dos estágios hospitalares era facultativa, sendo o direito ao título profissional atribuído após a aprovação nos exames de todas as disciplinas do curso e à apresentação de uma dis-

* P – In: “O 6^o Ano em Estágio Clínico: Apreciação dos Primeiros Cinco Anos – 2000/2001 a 2004/2005”, Série Relatórios da FML 2005; 11:vii-xii.

¹ “Referências sobre o Ensino Médico em Portugal 1911-2000”, Série Estudos e Documentos da FML, volume 2, 2001.

² Publicado em Diário do Governo n^o 45, de 24 de Fevereiro de 1911.

³ Decreto n^o 44.652, de 12 de Julho de 1918, Diário do Governo n^o 157, 2^o suplemento.

sertação impressa⁴. Porém, no regulamento da Faculdade de Medicina de Lisboa⁵, os alunos tinham que frequentar como estagiários um serviço de Medicina e outro de Cirurgia durante quatro meses cada, a efectivar do 4^o ao 6^o anos do curso. Esta variabilidade, embora bem-intencionada, certamente conduziu a resultados distintos, resultante da preparação escolar prévia do estagiário, que seria naturalmente muito diferente entre o 4^o e o 6^o anos.

Em 1948 o Governo interveio no sentido de disciplinar a frequência do curso médico-cirúrgico (de 6 anos de duração), uniformizando-o nas três Faculdades de Medicina do País, com o intuito de impor definitivamente o estágio clínico⁶. O estágio tinha a duração de dez meses (Outubro a Julho), sendo realizado em serviços de Medicina, Cirurgia, Obstetrícia e Pediatria. O grau de licenciatura era concedido após a conclusão do estágio e da apresentação de uma dissertação elaborada expressamente para o acto. A organização do curso veio a ter algumas alterações pontuais em 1955, em que se visava melhorar o esquema anterior mas sem lhe alterar o essencial⁷.

Entretanto, em 1969, foram extintos o estágio clínico e a tese de licenciatura. O grau de licenciado era conferido após a aprovação em todas as disciplinas do curso médico-cirúrgico e aproveitamento no primeiro ano do internato geral⁸. O alargamento do ensino clínico a todos os serviços e hospitais da rede de saúde pública, determinado pelos Governos pós-revolucionários⁹ ¹⁰ induziu profundas modificações na organização e qualidade da formação clínica pré-graduada, e simultaneamente, conduziu à (praticamente definitiva) extinção dos hospitais escolares.

A partir da década de 70 os principais constrangimentos que afectaram o ensino médico resultaram de um descontrolado aumento do número de alunos, a par com a carência de doentes referenciados para a aprendizagem de situações clínicas mais comuns, e falta de instituições com vagas disponíveis para o ensino de alunos e ou de formadores com vocação, preparação pedagógica e disponibilidade para ensino tutelado da clínica.

A situação registou alguma melhoria com a instituição do *numerus clausus*¹¹ mas a formação clínica ficou limitada aos três anos do ciclo clínico, num curso de seis anos que deixara de ter estágio clínico subsequente¹².

⁴ Decreto nº 18.310, de 10 de Maio de 1930, Diário do Governo, I Série, nº 107.

⁵ Decreto nº 19.678, de 1 de Maio de 1931, Diário do Governo I Série, nº 101.

⁶ Decreto-Lei nº 37.040, de 2 de Setembro de 1948, Diário do Governo, I Série, nº 205.

⁷ Decreto-Lei nº 40.360, de 20 de Outubro de 1955, Diário do Governo, I Série, nº 228.

⁸ Decreto-Lei nº 48.879, de 22 de Fevereiro de 1969.

⁹ Decreto-Lei nº 674/75, de 27 de Novembro de 1975.

¹⁰ Decreto-Lei nº 182/77, de 4 de Maio de 1977.

¹¹ Decreto-Lei nº 397/77, de 17 de Setembro de 1977.

¹² Decreto-Lei nº 122/81, de 14 de Outubro de 1981.

Antecedentes e Preparação do Actual Programa Curricular

O ano de estágio clínico profissionalizante veio a ser retomado somente em 2000/2001, na sequência de um conjunto de iniciativas e recomendações internacionais no âmbito da educação médica, a que o Governo Português decidiu aderir formalmente em 1988, na reunião que ficou conhecida por “Iniciativa de Lisboa”¹³. Esta reunião constituiu a primeira das reuniões internacionais promovidas pela Federação Mundial de Educação Médica, na sequência do seu 1º Congresso em Edimburgo, de que emanou a mítica “Declaração de Edimburgo”¹⁴.

A nomeação da Comissão Interministerial para a Revisão do Ensino Médico (CIREM)¹⁵, em 1989, accionou formalmente aquela renovação. Resumidamente, a formação médica passou a ser considerada um processo contínuo em três fases (pré-graduada, especialização pós-graduada e contínua), a formação inicial decorreria num curso de seis anos, sendo o último sob a forma de um estágio clínico profissionalizante com quinze meses de duração, a realizar em serviços de Medicina, Cirurgia, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia, Saúde Pública e Clínica Geral (a que veio a acrescer a Saúde Mental). Estava previsto que o ano de estágio clínico substituísse o Internato Geral, deste modo encurtando a duração do curso de licenciatura em dois anos.

Em 1995/1996 a Faculdade de Medicina de Lisboa (FML) deu início aquele plano de estudos. O primeiro contingente de alunos que ingressou no 1º ano do curso naquela data veio a realizar o seu estágio clínico no ano lectivo de 2000/2001.

O anúncio da proposta e programa da revisão curricular foi acompanhado com grande entusiasmo e esperança pelos docentes das Faculdades de Medicina. Porém, ao fim de alguns anos, aquela esperança foi esmorecendo, pela ausência de resposta dos sucessivos Governos, quer às propostas apresentadas pelas Comissões e Grupos de Trabalho de nomeação governamental quer ao adiamento de reforço em recursos financeiros e em outros apoios que haviam constituído o compromisso assumido em 1988¹³. Deste impasse resultou que nem a revisão (ou reforma) do novo currículo médico foi regulamentada por

¹³ “Ministerial Consultation for Medical Education in Europe”, Lisboa, 31 October – 3 November 1988 (relatório publicado (Medical Education 1989; 23:206-208).

¹⁴ “The Edinburgh Declaration” (Medical Education 1988, 22:481), emanada da World Conference on Medical Education, organizada por World Federation for Medical Education (Edinburgh 7-12 August 1988), sendo cada objectivo e estratégias gerais analisados resumidamente em editorial (Medical Education 1988; 22:483-487).

¹⁵ 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, 11 Série, n.º 65 e n.º 132.

decreto (não obstante terem sido apresentadas duas propostas de lei) nem a conclusão do 6^o ano em primeiro ano do internato médico foi ponderada com a antecedência requerida, de modo a dar seguimento à formação pós-graduada dos primeiros licenciados pelo novo programa curricular em 2000/2001, deixando as Faculdades entregues à sua própria iniciativa¹⁶.

Organização do Estágio Clínico Profissionalizante

A organização do programa do 6^o ano do curso do estágio clínico profissionalizante constituiu um dos grandes desafios à capacidade pedagógica e de trabalho empenhado de um conjunto de comissões e grupos de trabalho¹⁷, constituídos por docentes da FML, alicerçados numa base conceptual sólida, em que o principal ponto de origem terá sido o “Seminário sobre Educação Médica” realizado em 1987, que perdurou nas recordações dos participantes com a designação afectuosa de “Reunião de Sesimbra”¹⁸.

É de notar que as conclusões da “Reunião de Sesimbra” antecederam em mais de um ano a “Declaração de Edimburgo”, notando-se em ambas uma notável identidade de objectivos e de orientações estratégicas.

Uma das recomendações visava a constituição de gabinetes de educação médica nas Faculdades de Medicina para a dinamização de um novo modelo de ensino-aprendizagem. A FML concretizou aquela recomendação, criando o Gabinete de Estudos Pós-Graduados (GEPOG) em 1987, do qual veio a originar, em 1993, o DEM (Departamento de Educação Médica)¹⁹. Seguiu-se a constituição em 1992 de uma Comissão de Revisão Curricular que integrava docentes (por inerência e nomeação) e alunos (designados pela Associação de Estudantes), reforçada em 1995 por uma Comissão de Acompanhamento Curricular (igualmente com docentes e alunos).

Entre as várias comissões e grupos de trabalho que foram designados desde 1994/1995 para a elaboração de propostas pontuais sobre aspectos do novo programa curricular¹⁷, merece destaque, pela importância que teve na definição do 6^o ano em estágio clínico profissionalizante, a Comissão de Reflexão sobre os Objectivos Desempenhos e Atitudes Curriculares (CRO-DAC), que funcionou entre 1997 e 1998.

¹⁶ Em 2005 ainda não está suficientemente clarificada a modalidade aprovada para o internato médico nem o processo de avaliação e data prevista para aquela transição.

¹⁷ “A Revisão Curricular na Faculdade de Medicina de Lisboa de 1992/1999”, Série Estudos e Documentos da FML, volume 1, 1999.

¹⁸ Decorreu em Sesimbra de 22 a 24 de Maio de 1987, promovida conjuntamente pelos Conselhos Directivo, Científico e Pedagógico da FML.

¹⁹ “Formação Pós-Graduada na FML”, Série Estudos e Documentos da FML, volume 3, 2002.

Com base nas propostas emanadas da CRODAC, em que tiveram profunda influência os programas de formação clínica por objectivos definidos para todas as Faculdades de Medicina Holandesas²⁰ e o sistema de formação prática tutelada de estagiários médicos (*pre-registration house officers*) seguida pelo sistema inglês²¹, foi estabelecido um plano de formação rotativa de serviços hospitalares (de Medicina, Cirurgia, Obstetrícia e Ginecologia e Pediatria) e Centros de Saúde (Saúde Pública, Clínica Geral e Saúde Mental), com a duração de quarenta e quatro semanas de residência obrigatória, dos quais trinta e seis em hospitais, oito em Centros de Saúde e quatro semanas de residência optativa hospitalar (em serviços de especialidade). O programa seria acompanhado por cinco módulos de formação temática.

Ressalvando algumas modificações no curso de 2001/2002, em que se refere a suspensão do programa da formação complementar e do exame clínico estruturado por objectivos tipo OSLE²², ambos previstos para serem obrigatórios, tendo passado a facultativos posteriormente (ainda durante o ano de 2001). Desde então as alterações introduzidas têm sido pontuais, para uma melhor adaptação às condições logísticas e às recomendações formuladas por tutores e alunos.

Apoio Estrutural

A par da definição de critérios de aprendizagem para cada uma das valências clínicas do estágio, as recomendações do CRODAC incluíam a criação de uma estrutura de apoio administrativo própria. Efectivamente, era óbvio que a multiplicação dos locais de estágio, a existência de rotações com duração diferente de estágio, o número de vagas oferecidas por cada serviço hospitalar ou centro de saúde, a indispensável interacção dos serviços administrativos com os alunos (pelo menos seis vezes por ano com cada estagiário, por ocasião da entrega da documentação de cada rotação efectuada e levantamento dos impressos e guia para a residência clínica seguinte), eram algumas das muitas variáveis a considerar, para as quais o sector administrativo então existente, mais preparado para outro tipo de intervenções, não possuía capacidade de resposta eficaz.

²⁰ “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.

²¹ “Tomorrow Doctors”, General Medical Council, 1993, “The New Doctor”, General Medical Council, 1997 e recomendações da Association for the Study of Medical Education (“Delivering the New Doctor”), 1998.

²² “Assessment of Clinical Competence using the Objective Structural Long Examination Record (OSLE)”, de F. Gleeson, AMEE Medical Education Guide, nº 9, Medical Teachers, 1997.

Daquela evidência resultou a criação do Gabinete de Gestão Curricular (GGC) para apoio específico ao 6^o ano, com a perspectiva de, posteriormente, alargar as suas funções aos restantes anos do curso.

A eficácia da organização e a dinâmica conferida aos anos do estágio clínico devem ser atribuídas ao Professor Armando Pereirinha que, de forma superior e com sabedoria prática, coordenou o Gabinete de Gestão Curricular desde a sua formação e até 2004, e à Licenciada Ana Paula Pereira, que transitou da Unidade de Avaliação para aquele Gabinete, para secundar o seu coordenador, polarizando um grupo de jovens funcionários cujo empenhamento e dedicação aos objectivos definidos promoveu com grande entusiasmo e conhecimento educacional.

Por fim, há que dar o devido destaque e agradecimento à AIDFM (Associação para a Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina) que, durante anos, contribuiu indirectamente para a concretização do projecto, assegurando os serviços profissionais da maioria do pessoal que colaborou no GGC enquanto não foi possível a sua contratação pela Faculdade.

A Finalizar

O presente volume sintetiza os objectivos educacionais e a organização subjacente ao desenvolvimento, dinâmica e avaliação (pelos alunos e tutores) dos primeiros cinco anos de estágio clínico no actual plano curricular, entre 2000/2001 e o ano lectivo de 2004/2005.

Historial da Planificação, Preparação e Desenvolvimento do 6º Ano com Estágio Clínico do Novo Programa Curricular da Faculdade de Medicina de Lisboa *

Preparação e Organização do Estágio Clínico pela FML

O programa do 6º ano como estágio clínico profissionalizante, criado pela Faculdade Medicina Lisboa (FML) no ano lectivo de 2000/2001 foi, como é sabido, baseado nas recomendações e relatórios da Comissão Interministerial de Revisão do Ensino Médico – CIREM¹ e do Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico², sendo elaborado de acordo com o relatório produzido pela Comissão de Educação Médica³.

¹ A *Comissão Interministerial da Revisão do Ensino Médico* (CIREM) foi criada por despacho conjunto (26/ME/89 e 82/ME/89, respectivamente de 18 de Março e 9 de Junho) do Ministério de Educação e da Saúde. O relatório apresentado pela CIREM foi aprovado por ambos os Ministros em 14 de Janeiro de 1993.

² O *Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico* foi criado por despacho conjunto dos Ministros da Educação e da Saúde (despacho conjunto dos Ministros da Educação e da Saúde, em 20 de Maio de 1993), sendo o seu relatório aprovado também por despacho conjunto 44/ME/94 de 21 de Julho de 1994. Neste relatório foi proposto que o 6º ano pré-graduado conferisse a licenciatura em Medicina e viesse a substituir o internato geral dando acesso imediato ao internato da especialidade.

³ A *Comissão de Educação Médica* foi criada por despacho conjunto nº 130/98 (Diário da República nº 47 de 25 de Fevereiro). O relatório, entregue ao Ministro da Educação em Julho de 1998, incluía um projecto de decreto-lei da Reforma do Ensino Médico e, em anexo, um conjunto de pressupostos e recomendações que a Comissão entendeu serem fundamentais para o desenvolvimento harmonioso e qualificado da formação médica pré-graduada, em geral, e a do 6º ano do curso como estágio pré-licenciatura com carácter profissionalizante, em particular. A aprovação final do estágio dependeria da obtenção de aproveitamento em todas as áreas de formação obrigatória e optativa; a classificação final de estágio resultaria da média da avaliação contínua em cada uma das áreas obrigatórias e da classificação obtida numa prova clínica final, com um doente. Devido a não terem sido aprovados pelas tutelas (e até à presente data) aqueles critérios, cada instituição representada na Comissão de Educação Médica introduziu as modificações mais adequadas (e possíveis) para o seu 6º ano do curso com estágio clínico.

Posteriormente decidiu o Governo criar o Grupo de Missão em Saúde⁴, com a finalidade de organizar o fomentar o desenvolvimento harmonioso da formação médica no âmbito da saúde, englobando também a resolução das dificuldades materiais que haviam sido referidas pelas instituições de ensino médico, representadas daquela Comissão de Educação Médica e também no Grupo de Trabalho sobre a Formação Médica no Sistema Nacional de Saúde⁵.

A definição preliminar dos objectivos, conteúdos e metodologias do que viria a ser o estágio clínico no 6º ano foi preparada a partir de 1997, no âmbito de diversos grupos de trabalho emanados da Comissão de Revisão Curricular da FML⁶. A organização geral do 6º ano consta da versão do novo programa curricular aprovado e publicado em 1999⁷.

Em 27 de Abril de 1999 foi, pela 1ª vez, acordada (na presença dos professores do antigo 6º ano com responsabilidades de ensino nas áreas a incluir no estágio) a estruturação e as metodologias a utilizar no futuro 6º ano como ano profissionalizante, a decorrer num modelo semelhante ao “*pre-registration year*”, em vigor no Reino Unido desde 1994.

Alguns meses depois, a Comissão de Revisão Curricular (CRC), alargada à Comissão de Acompanhamento Curricular (CAC), incluiu na ordem de trabalhos os problemas específicos relativos à organização do 6º ano de estágio Clínico. Nessa Reunião foram objectos de análise e aprovação as conclu-

⁴ Por resolução do concelho de Ministros nº 140/98 (Diário da República nº 280, de 4 de Dezembro).

⁵ O Grupo de Trabalho sobre a Formação Médica no Sistema Nacional de Saúde foi criado por despacho conjunto nº 281/98 (Diário da República nº 89, de 16 de Fevereiro).

⁶ Documento “Contributo para o Estágio Clínico do Novo Programa Curricular”, de 12 de Dezembro 1997, relatório para a “*Preparação do Programa Curricular do Ciclo Clínico – Área de Ensino de Saúde Pública e Clínica Geral*”, Janeiro 1998; relatório da Comissão de Revisão de Objectivos, Desempenhos e Atitudes Curriculares – CRODAC: “*O Futuro 6º ano no Novo Programa Curricular. Para um Ensino Prático*”, aprovado pela Comissão de Revisão Curricular em 22 de Abril de 1997 e pela Comissão Coordenadora do Conselho Científico em 22 de Junho de 1997; relatório da Comissão de Ensino Clínico (Perfil e Formação do Docente no Ciclo Clínico/Estágio Clínico, Novembro de 1997; “*Caderneta do Ciclo Clínico*”, Novembro 1997; a consulta dos textos e a identificação dos relatores de cada Comissão está disponível em “*A Revisão Curricular na FML de 1992/1999: Fundamentos, Finalidades e Desenvolvimento*”. Série de Estudos e Documentos da FML, Vol. 1, 1999.

⁷ “*Estrutura do Novo Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*” (Aprovado pelo Conselho Científico em 24 de Novembro de 1998; Aprovação pela Comissão Científica do Senado da Universidade de Lisboa em 22 de Março 1999, deliberação nº 352/99, Diário da República nº 140, de 18 de Junho). Esta versão do programa curricular foi baseada num primeiro documento (“*O Médico Pluripotencial*”, 30 de Setembro de 1998) apresentado aos Conselhos Pedagógico e Científico e a todos os responsáveis docentes da FML, para parecer.

sões acordadas por aqueles professores em 27 de Abril anterior. Seguidamente foram abordados os requisitos em infra-estruturas de apoio e locais de aprendizagem (unidades de saúde, hospitais e centros de saúde afiliados), modalidades de participação dos tutores (ou orientadores de estágios), sistema de “postos” de estágio e de rotação, actuação exigível ao aluno estagiário e classificação do 6º ano. Foi então proposta a nomeação de um grupo de trabalho para a preparação de um programa de formação complementar.

Em reunião seguinte continuaram a ser apreciados os recursos disponíveis em unidades de saúde e foi apreciada favoravelmente a criação de um gabinete de apoio técnico ao desenvolvimento articulado do futuro 6º ano. Foi também considerada a indispensabilidade de um regulamento específico para o 6º ano.

Em reunião de 7 de Fevereiro de 2000 foram analisados os seguintes assuntos: (a) encurtamento do período de formação (inicialmente previsto em 15 meses, pela Comissão de Educação Médica) para um número inferior de semanas, de modo a possibilitar o processo administrativo subsequente à prova final de avaliação, requerida para emissão da certidão do curso, e inscrição na Ordem dos Médicos e no Internato; daquele encurtamento resultou que o período de quatro semanas previsto para cada estágio optativo fosse reduzido para duas semanas cada e, também, a indispensável inclusão do estágio obrigatório de Saúde Mental (duas semanas em lugar de quatro previstas) no período de estágio de Medicina Geral Comunitária (que das oito semanas predefinidas passou a ter seis), (b) características da prova final (exame de doente), tipo de avaliação (presencial e incluindo preferencialmente também um orientador de fora), local (um serviço do hospital nuclear, isto é, no Hospital de Santa Maria), duração da prova (que ficou por definir) e outros pormenores estruturais, que se admitiu serem semelhantes aos determinados pelo modelo OSLEP – *Objective Structured Long Examination Record*⁸ – de que foi distribuído documento explicativo, (c) dado conhecimento de uma primeira lista de 161 orientadores de estágio disponibilizados até Novembro de 1999, (d) sistema de rotação entre as unidades identificadas para cada domínio de estágio, e número de tutores disponíveis em cada, (e) modalidade de colocação, por sorteio, que os alunos se comprometeram a organizar a tempo até ao dia 2 de Outubro, fornecendo a lista de colocação ao Gabinete, (f) conveniência da nomeação de um professor coordenador do 6º ano, (g) documento preliminar apresentado pela comissão nomeada para preparação da formação complementar (sendo acordado que a

⁸ F. Gleeson – *Assessment of Clinical Competence Using the Objective Structural Long Examination Record (OSLER)*, AMEEE Medical Education Guide nº 9, Medical Teacher, 1997. Este manual é recomendado para a orientação do exame de avaliação da competência clínica nos períodos terminais da pré-graduação, sendo utilizado habitualmente nas escolas médicas do Reino Unido.

formação, obrigatória, não ultrapasse as 48 semanas de estágio e decorresse na Faculdade em dia fixo da semana); os alunos colocados fora de Lisboa ou em serviço estariam dispensados, (h) modelo de caderneta de estágio, individual, (i) a direcção da Faculdade comprometer-se-ia a custear um seguro individual de saúde para cada aluno, abrangendo todo o período do estágio clínico, e independente do seguro escolar obrigatório que todos os alunos inscritos têm desde o 1º ano do Curso.

Em reunião de 28 de Março (a) foi aprovado o modelo final para a formação complementar, (b) foi dado conhecimento dos protocolos a assinar com as Administrações Regionais de Saúde do Alentejo e do Algarve, muito receptivas a receber alunos para estágios na rotação da Medicina Geral e Comunitária de centro de Saúde certificados, (c) foi apreciado o calendário dos estágios e da prova final de avaliação, sendo definido que o estágio começaria a 16 de Outubro, terminando 48 semanas depois; a avaliação final terminaria, no máximo, a 9 de Novembro de 2001, dando tempo suficiente para os trâmites administrativos já referidos, (d) foi abordada a eventual formação (ou preparação) dos tutores de estágio, concluindo-se que o mais importante seria divulgar cuidadosamente o programa de estágio a cada tutor, (e) foi considerada indispensável a disponibilização de um mapa de colocações preliminares e o conhecimento, em tempo, dos locais e domínios dos estágios optativos disponíveis.

Em reunião de 13 de Abril de 2000 foram apreciados os seguintes assuntos: (a) novamente o problema do seguro individual (que se encontrava em resolução), (b) receptividade da Região Autónoma da Madeira em receber também alunos para estágio de Medicina Geral e Familiar, (c) listagem de conhecimentos e desempenhos nucleares para o estágio clínico, em cada um dos domínios obrigatórios, (d) condicionalismos a solucionar com o total de créditos requeridos para a licenciatura, (e) dificuldades a prever no estágio de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital de Santa Maria, quando as rotações coincidissem com o período de aulas do 5º ano, durante o qual o número de vagas em Santa Maria seria menor, a ser compensado pelo aumento na Maternidade Alfredo da Costa, (f) quanto à avaliação, os alunos consideraram indispensável que o 6º ano fosse quantificado, em equidade com as restantes Faculdades; todavia, foi pro-posto e aceite que a avaliação não consistiria em exames sumativos escritos, (g) a avaliação teria duas componentes: avaliação continuada em todos os domínios do estágio obrigatório e um exame final, do tipo OSLER, (h) a avaliação continuada seria qualitativa (ponderada pela duração do estágio em cada domínio, com aferição da aquisição de competências clínicas em desempenhos e conhecimentos presenciais), numa escala qualitativa referida de A a E, sendo definidos valores por cada letra, (i) houve consenso em que a prova final decorresse com doentes de Medicina por ser o período de estágio mais longo, (j) a avaliação final, de

certificação, teria classificação qualitativa, (l) para quem não obtivesse aproveitamento, sugeriu-se um tratamento semelhante ao do Internato Geral, (m) os estágios de opção seriam somente informativos (aproveitamento qualitativo, não incluído na avaliação final) e (n) para a prova clínica, os docentes e os serviços seriam sorteados no próprio dia; foi discutido o total de júris convenientes em cada tipo, número de membros componentes, composição e substitutos em situações excepcionais de cada júri e, também, foram definidos os períodos especiais para as provas clínicas de recurso (em situações justificadas, por exemplo por doença).

Em 13 de Julho foi apresentada uma carta subscrita por três discentes da CRC-CAC, em que manifestavam o seu descontentamento quanto ao reduzido número de reuniões para planificação do novo 6º ano (a anterior decorrera 3 meses antes) e propunham também a elaboração de actas das reuniões e a disponibilização antecipada da ordem de trabalhos e documentação existente.

Naquela reunião foram ainda apresentados dois documentos resultantes de consensos alcançados em reuniões anteriores. Um dos documentos caracterizava, para o estágio clínico, os objectivos, domínios, metodologias, períodos de execução e locais de acção; a versão definitiva deste documento havia sido enviada, como informação preliminar a todos os serviços e unidades que viriam a acolher estagiários. O segundo documento explicitava os pormenores propostos para a avaliação final do 6º ano. Na reunião foi debatida e justificada a utilização de doentes internados nos serviços de Medicina Interna na prova clínica final⁹. Foi ainda apreciada a proposta de avaliação do 6º ano, subscrita pelo decano da área de Medicina, expressando a concordância sobre a avaliação semi-quantitativa de cada valência e o parecer sobre a prova clínica geral (composição de júris e caracterização da prova).

Em 15 de Setembro foi apresentado e apreciado o programa elaborado para o novo 6º ano da FML. Comparativamente ao que se conhecia (publicado ou divulgado pelas restantes instituições de ensino médico nacionais), foram esclarecidas algumas dúvidas, designadamente dos alunos, sobre a rotatividade em conjuntos pré-definidos por cada unidade clínica (nos diversos hospitais e centros de saúde)¹⁰. No máximo, haveria dois estágios em valências diferentes no mesmo hospital. Foi definido o conceito de falta ao serviço e respectiva justificação. Foi assegurado um sistema de controlo da qualidade do estágio e

⁹ Posteriormente foi recebido um ofício do director do Hospital de Santa Maria, em que advogava a inclusão de doentes de Pediatria na prova clínica. Esta proposta, por ser contrária ao que os alunos haviam proposto em reunião de 18 de Abril anterior, não teve seguimento.

¹⁰ Na sequência dos contactos estabelecidos com os presidentes das ARS de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve ficou assegurada, a partir do mês de Agosto de 2000, a colaboração das Autarquias e Governos Cívicos locais, no acolhimento e suporte de vida aos estagiários colocados nos centros de saúde daquelas regiões.

previstas medidas de emergência, a verificarem-se necessárias, designadamente para substituição de locais de rotação em situações justificadas.

Em 21 de Setembro de 2000 foi promovida uma reunião para acerto de alguns pormenores apresentados pelos representantes dos alunos, designadamente (a) eventual financiamento pela Faculdade dos encargos com transportes para os alunos colocados em unidades distanciadas da Faculdade, o que foi excluído, (b) trocas individuais de postos de estágio, quer entre unidades hospitalares ou centros, o que seria aceite com justificação plausível, (c) posição especial dos bolseiros e dos trabalhadores-estudantes: foi esclarecido que as situações que ultrapassem a competência da Faculdade teriam de ser expostas pelos interessados à Reitoria; quanto aos trabalhadores-estudantes, por ser lei aplicada a actividades lectivas e não a estágios profissionais, não estavam dispensados da sua frequência e, para tal, poderiam prolongar o 6º ano em estágio por mais um ano; os trabalhadores-estudantes pretendiam regalias na colocação (como a realização de todas as valências hospitalares no Hospital de Santa Maria e os estágios em centros de saúde de Lisboa) e dispensa de horário de aprendizagem em urgências clínicas, o que também foi recusado por princípio, (d) quanto às férias, os alunos pretendiam o mesmo número de dias usufruídos pelos funcionários públicos pelos funcionários públicos, o que não mereceu aprovação, (e) os alunos pretendiam que a participação em serviços de urgência nocturna conferisse dispensa de serviço no dia imediato, o que foi deixado à consideração do respectivo tutor, (f) a escala de aproveitamento por letras foi definida no seguinte ordenamento: A – excelente; B – muito bom; C – bom; D – razoável; E – suficiente e F – sem aproveitamento, (g) as faltas à formação complementar requereriam justificação, (h) todos os alunos teriam uma guia de apresentação no serviço em que ficassem colocados, (i) os Júris da prova final seriam sorteados no próprio dia da prova, sem conhecimento prévio dos alunos.

Em 4 de Outubro de 2000 realizou-se na Faculdade uma reunião de trabalho com directores e outros responsáveis pelo estágio clínico de todas as unidades hospitalares para (a) apreciação do estágio na sua unidade e (b) preparação de júris e metodologias da prova final de avaliação clínica.

Apresentação Pública do Estágio Clínico

No dia 14 de Outubro de 2000 teve lugar na Aula Magna da FML a Sessão Inaugural do Estágio Clínico de 2000/2001¹¹, em que foi apresentado

¹¹ A Sessão Inaugural teve a presença de dois membros do Governo (Secretários de Estado do Ensino Superior e Secretário de Estado e da Saúde), Reitor da Universidade de Lisboa, representante do Bastonário da Ordem dos Médicos, Presidentes dos Órgãos da Faculdade, Presidentes da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, e seus representantes, coordenadores de sub-regiões, Directores de

publicamente o programa de estágio aos alunos e aos orientadores e directores das unidades (onde iriam decorrer as diversas valências)¹².

Acompanhamento do Estágio Clínico

No seguimento de uma recomendação anterior foi constituída a Comissão de Acompanhamento de Estágio Clínico, como núcleo de uma futura Comissão Pedagógica do 6^o ano. A Comissão de Acompanhamento teria por incumbência estabelecer contactos com as unidades em que decorreria o estágio clínico para uma melhor articulação das actividades com os tutores.

Na mesma data começaram a ser debatidos os pormenores da prova final de avaliação clínica com os directores dos Serviços de Medicina I, II e III do Hospital de Santa Maria. Prevaleceu a opinião, inicial, de realizar a prova clínica naqueles três Serviços de Medicina do Hospital de Santa Maria. Para o efeito, foi pré-definido o número de júris a activar diariamente por cada um daqueles Serviços, durante o período reservado para a avaliação final.

Em 20 de Fevereiro seguinte foi apreciada uma primeira versão do protocolo da prova de avaliação final, incluindo a orientação geral para os avaliadores com a descrição das suas diferentes fases (adaptado do modelo OSLER. Entre outras ideias foi aventada a hipótese da prova decorrer não em um mas em dois dias consecutivos.

Em reunião de 8 de Março de 2001 a Comissão de Acompanhamento do Estágio Clínico pronunciou-se sobre (a) o desenvolvimento das visitas às unidades clínicas de acolhimento dos estagiários, (b) causas da suspensão do programa da formação complementar no fim do 2^o módulo, dos cinco inicialmente previstos e a conveniência da sua substituição por um curso sobre

Hospitais e Centros de Saúde Afiliados, Alunos do 6^o ano que se iniciava e muitos Orientadores de estágios das diversas unidades de saúde participantes. Antes da Sessão Solene, foi feita a apresentação pública do programa de estágio pelo Director da Faculdade e, em pormenor, pelo Coordenador do Gabinete de Gestão Curricular. A Sessão foi enriquecida com os testemunhos da vivência clínica de antigos alunos da Faculdade. No almoço de confraternização que se seguiu, cada aluno estagiário recebeu uma pasta com toda a documentação necessária, em que se incluía o regulamento do estágio.

¹² O regulamento de estágio viria a ser formalmente aprovado pela Comissão Coordenadora do Conselho Científico em 14 de Novembro seguinte, sendo ratificado pelo Conselho Directivo em 21 de Novembro, e homologado pelo Director da Faculdade em 22 de Novembro. O regulamento seria posteriormente aprovado, em conjunto com todo o novo programa curricular da Faculdade de Medicina de Lisboa pela Comissão Científica do Senado da Universidade de Lisboa (deliberação n^o 7/2001, em 19 de Março de 2001), sendo o seu texto publicado como deliberação n^o 949/2001 da Reitoria da Universidade de Lisboa, em Diário da República, n^o 122 (II Série), de 26 de Maio.

urgências hospitalares, com frequência voluntária¹³, (c) eventuais repercussões da pro-posta de reformulação do Internato Médico entretanto apresentada pela Ordem dos Médicos ao Ministro da Saúde em Agosto de 2000, e de uma sessão promovida por altos dirigentes da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos na Sala de Alunos da Faculdade.

Na reunião de 22 de Maio de 2001 a Comissão de Acompanhamento do Estágio Clínico analisou (a) a preparação logística da prova clínica final e (b) os requisitos para autorização e equiparação de estágios clínicos do 6º ano a realizar no estrangeiro ao abrigo do programa Erasmus (a partir do ano 2001/2002).

Em 24 de Maio de 2001 foi apresentada a matriz de distribuição e calendário completo das provas finais do estágio clínico, preparada pelo Gabinete de Gestão Curricular (com base nos elementos anteriormente debatidos e aceites pelos alunos, e considerando a proposta dos directores dos Serviços de Medicina I, II e III). Aquela distribuição pressupunha que (a) a prova decorresse somente em um dia (eliminando uma sugestão anterior que previa dois dias consecutivos para a realização da prova), (b) cada júri seria constituído por três 3 membros, (c) o calendário apresentado teria início em 17 de Outubro (como a última rotação finalizava em 12 de Outubro seria conveniente adiar de 15 para 17 de Outubro o início da prova clínica do 1º grupo de alunos) e estava concluído a 7 de Novembro (os dias 8 e 9 foram reservados para período especial de avaliação, prevendo a ocorrência de imprevistos ou impossibilidades urgente dos alunos), (d) para cada dia foi indicado o total de júris atribuídos a cada Serviço e igualmente apresentada a composição de todos os júris (embora sem referir a identidade dos membros pré-designados para cada dia da prova), (e) a composição do júri pormenorizava os presidentes dos diversos júris (no total de 8), os vogais permanentes e os suplentes que haviam sido pré-indicados pelos directores daqueles serviços; o 3º elemento do júri seria, preferencialmente, um orientador do estágio destacado das unidades clínicas externas, (f) para cada júri, haveria um vogal suplente definido, (g) um dos membros do júri estaria sempre presente durante a prova clínica do aluno com o doente e (h) a duração total da prova para cada aluno seria aproximadamente de 1,30 hora a 2,00 horas (com cerca de 30 minutos para anamnese e observação, 30 minutos para anotações e reflexão pelo aluno, sendo o tempo restante reservado para a discussão dos resultados e sua interpretação perante todo o júri)¹⁴.

¹³ A formação complementar esteve interrompida até ao ano lectivo de 2003/2004, ao ser organizada uma acção de formação em Terapêutica Médica.

¹⁴ De acordo com parecer jurídico da Reitoria, de 18 de Julho de 2001, por solicitação do director da FML foram clarificadas duas questões, “*o estágio clínico constitui uma unidade curricular, em que embora seja impensável a repetição da avaliação contínua, nada impede a existência de duas datas para a prova final, cuja*

Em 4 Junho de 2001, os representantes da Comissão de Curso apresentaram uma lista provisória das datas escolhidas por cada aluno para a realização da respectiva prova final (no período definido). Estava acordado em que o sorteio seria realizado sob a responsabilidade do Coordenador do Gabinete de Gestão Curricular, na presença de representantes dos alunos.

Em 22 de Junho de 2001, a Comissão de Acompanhamento do Estágio Clínico deu parecer sobre (a) o desenvolvimento do estágio clínico nas diversas unidades assistenciais, (b) as classificações conhecidas da avaliação contínua naquelas unidades, (c) o calendário preparado para a prova clínica final, (d) a matriz preparada para avaliação pelos diversos júris, (e) a constituição dos júris, com efectivos e suplentes dos serviços de Medicina do Hospital de Santa Maria e lista de avaliadores exteriores disponíveis para integrarem os júris e (f) informações a divulgar aos alunos quanto às características da prova clínica final.

Em reunião de 29 de Junho de 2001 o Conselho Pedagógico aprovou por unanimidade a pro-posta aprovada pelos alunos da Comissão de Curso do 6º ano quanto ao sorteio para a escolha dos dias da prova clínica geral e restrição de acesso pelos membros do júri ao processo individual e às classificações parcelares obtidas nas diversas rotações do estágio.

Na sequência daquela decisão, foi promovida uma reunião para clarificação dos princípios e metodologias omissos em regulamento, tendo ficado assente que seriam os alunos a proceder ao sorteio da sua ordenação para escolha do dia da prova clínica e que as classificações da avaliação contínua poderiam estar disponíveis para o júri, se este o desejasse.

Em 12 de Julho, em reunião restrita da Comissão de Acompanhamento do Estágio Clínico foi ratificada a decisão anterior e afirmada a conveniência em não se proceder a alterações do regulamento pré-definido. Foi igualmente revisto pormenorizadamente o modelo preparado para a prova clínica final, em particular o seu calendário, e confirmada a existência de júris completos para os dias marcados para as provas clínicas.

Em 4 de Outubro de 2001 foi promovida uma reunião alargada aos directores e representantes das unidades clínicas onde decorreria o estágio, para apreciação dos trabalhos, identificação de pontos fortes e fracos, e recomendações. Foi também revista a metodologia da prova clínica final em anos futuros.

Entre outros, foram referidos os seguintes assuntos: (a) incentivada a conveniência de visitas a cada unidade clínica por representantes da Comissão de Acompanhamento do Estágio Clínico, (b) a formação complementar beneficiaria em ser distribuída pelas diferentes unidades hospitalares, (c) o período de rotação para a Obstetrícia, Ginecologia e a Saúde Mental (duas

marcação é competência da Faculdade. Adicionalmente é excluída a possibilidade da repetição da prova clínica final para melhoria da classificação”.

semanas cada) era muito insuficiente, não permitindo uma correcta avaliação dos alunos, (d) a caderneta de desempenhos requeria revisão, (e) a realização da prova clínica final somente no domínio da Medicina era limitativa e (f) para anos futuros justificar-se-ia reanalisar o interesse de uma prova clínica final, sendo sugerido, em alternativa, a realização de avaliação contínua mais específica em todas as valências do estágio. Porém, foi explícito e consensual de que não havia conveniência nem era oportuno alterar o tipo de avaliação pré-determinado para o primeiro ano do estágio clínico, a ser iniciada alguns dias mais tarde.

Em 9 de Outubro seguinte a Comissão de Alunos do 6º ano enviou uma carta ao director da FML em que eram apresentados motivos que punham em causa a oportunidade da prova clínica, designadamente, (a) considerando-a redundante, elemento de descrédito potencial das instituições e entidades envolvidas na avaliação), (b) por não haver informação específica sob a sua metodologia, (c) por decorrer somente na área da Medicina, (d) por o peso da prova final para a classificação do ano ser excessivo, relativamente ao da avaliação contínua, (e) por estarem informados de que não haveria júris assegurados para todas as provas escalonadas, (f) por ter havido sucessivas alterações de calendário, (g) por não estarem previstas mais épocas para a prova (2ª época, época de recurso e melhoria de nota), (h) por ser um ano de transição e por isso merecer medidas também transitórias e (i) serem as pretensões referidas apoiadas por docentes, tutores e directores de Serviços com estágio. Os representantes da Comissão de Alunos do 6º ano solicitavam a abolição da prova clínica e, se no fossem atendidos, afirmavam-se decididos a não comparecer às provas marcadas.

A pretensão foi indeferida, pela inexactidão das exigências formuladas e por, na generalidade, aquelas serem contrárias às propostas pelos representantes dos alunos nos grupos de trabalho em que o programa do estágio e as características da prova clínica haviam sido definidos.

A partir dessa data, e não obstante terem sido diversas as tentativas por parte de membros Comissão de Acompanhamento do Estágio Clínico e dos presidentes de Júri para que os representantes dos alunos revissem a sua posição, somente nove alunos realizaram a prova clínica final, embora no período especial previsto.

Apesar das tentativas realizada pelo director da FML e pelo coordenador do 6º ano na manhã de 10 de Outubro, junto dos representantes da Comissão de Curso, no sentido de os demover da posição assumida, disponibilizando-se a esclarecer-lhes as dúvidas e os receios apresentados, a Comissão de Alunos emitia na tarde do mesmo dia um comunicado em que reafirmava não lhes ter sido dada resposta às questões apresentadas nem garantias para uma solução satisfatória.

A situação agravou-se, tendo os alunos reclamado das suas razões junto do reitor da Universidade de Lisboa e, simultaneamente, à Comissão de Edu-

cação, Ciência e Cultura da Assembleia da República, Secretário de Estado do Ensino Superior, e Provedoria da Justiça, recorrendo também aos órgãos de comunicação social e à difusão pela Internet. Em 29 de Outubro a presidente da Associação de Estudantes disponibilizou-se junto do director da FML para se encontrar uma solução de consenso. Em 7 e 13 de Novembro, a avaliação final do 6^o ano foi tema principal da ordem de trabalhos de duas Reuniões Gerais de Alunos, convocadas pela Associação de Estudantes da FML.

Através da Reitoria, em 15 de Novembro de 2001, foi possível alcançar uma plataforma de acordo, pelo qual a prova clínica final obrigatória passava a optativa, sendo o cálculo da nota do 6^o ano igualmente alternada, com destaque para a redução de peso da avaliação contínua para metade do que estava definido¹⁵. Os termos do documento foram aceites pelos alunos em 16 de Novembro de 2001.

Todavia, a aceitação formal do acordo possível não impediu que a Comissão de Curso continuasse a contestá-lo (carta de 19 de Novembro) e que, nas semanas seguintes, tivessem sido criados motivos de reclamação quanto à organização dos serviços académicos da FML e apresentadas queixas sucessivas, por alegadas incorrecções e deficientes procedimentos do seu pessoal, designadamente do Gabinete de Gestão Curricular. As situações de atrito criadas justificaram que o pessoal administrativo do Gabinete participasse de alguns alunos por alegadas incorrecções destes.

Em 27 de Novembro, a Comissão Coordenadora do Conselho Científico da FML dá o seu acordo aos novos procedimentos para a classificação do 6^o ano, posteriormente aprovados pela Comissão Científica do Senado, em 29 de Novembro¹⁶.

¹⁵ O carácter obrigatório da prova clínica foi alterado através da deliberação n.º 2135-A/2001, de 29 de Novembro, a partir da qual “a classificação final do 6^o ano dependerá da opção dos alunos por uma de duas situações: 1) Os alunos realizam uma prova clínica, ... Neste caso a classificação final do 6^o ano será calculada com 50% de peso da avaliação contínua e os restantes 50% escolhidos pelo aluno entre a nota da prova clínica ou a média dos cinco anos anteriores; 2) Os alunos não realizam uma prova clínica de medicina e, nesse caso, a classificação final do 6^o ano será calculada com 25% de peso da avaliação contínua e 75% de peso para a média dos cinco anos anteriores”.

No ano lectivo 2001/2002 a fórmula de cálculo da classificação final do 6^o ano foi alterada: 60% de peso da avaliação contínua e os restantes 40% da média dos cinco primeiros anos. No caso dos alunos que optassem pela realização da prova clínica, a nota da prova só era considerada se esta fosse superior à média dos cinco anos. A partir do ano lectivo 2002/2003 a prova clínica passou a ser denominada de exame especial para melhoria de nota. O exame final para melhoria de nota é validado se o aluno subir a nota da avaliação contínua. Para esse efeito o valor do exame final e o obtido através da avaliação contínua são considerados percentualmente equivalentes (Despacho n.º 34/2003, de 2 de Julho).

¹⁶ Deliberação n.º 2135-A/2001 da Universidade de Lisboa, publicada em Diário da República n.º 219, de 3 de Dezembro. Tendo sido o programa do curso de licenciatura em Medicina e o regulamento do estágio clínico da FML publicados em

Em 6 de Dezembro foi enviado ao director da FML um documento assinado pelos alunos do curso que não se haviam apresentado à prova final (e, por isso, se sujeitaram aos procedimentos alternativos acordados), enaltecendo o “trabalho e conduta exemplares da Comissão de Curso”. Posteriormente o director da FML louvou o pessoal docente e administrativo do Gabinete de Gestão Curricular¹⁷.

Em 10 de Dezembro foi enviado a todos os docentes que colaboraram no estágio clínico, e aos directores das respectivas unidades, um esclarecimento circunstanciado sobre os acontecimentos verificados e o desajustamento das reivindicações oportunamente apresentadas pelos alunos oito dias antes do início da prova clínica, depois de terem aceite os seus termos e terem confirmado a inscrição.

Nos meses seguintes o director da FML enviou os esclarecimentos solicitados à Comissão Parlamentar de Educação, Ciência e Cultura e à Provedoria da Justiça, dando-se o assunto por encerrado.

Desde então e até ao presente o Estágio Clínico tem decorrido sem qualquer outros problemas e contestações.

No presente ano lectivo de 2004/2005, a redução da duração do Estágio Clínico de 48 para 40 semanas ficou definida no Despacho nº 51/2004 do Director da FML, por força da deliberação do Ministério da Saúde que estabeleceu a realização de um exame de admissão ao internato médico a partir do último trimestre de 2005 e para acautelamento dos interesses e preocupações dos discentes da FML, relativamente aos alunos de outras Faculdades de Medicina nacionais¹⁸.

Diário da República II Série (nº 122, de 26 de Maio de 2001, houve que registar a alteração introduzida nos critérios de cálculo da classificação final na Direcção Geral de Ensino Superior (o nº 2/273/2001) para ser válida.

¹⁷ Despacho nº 5/2002, de 18 de Fevereiro.

¹⁸ A redução do período de estágio de 48 para 40 semanas obrigou a uma diminuição de 4 semanas na valência de Medicina e a duas semanas em Cirurgia e Pediatria. Para possibilitar a rotação dos alunos entre as diversas valências houve que reformular o período de férias de 4 para uma semana e fixar o período dos estágios optativos.

III – PROJECTOS DE REFORMA CURRICULAR NA FML

5 – ÁREAS OPTATIVAS

Laboratórios Multidisciplinares de Ensino*

As actividades escolares abrangem a pré e pós-graduação formal.

Neste aspecto pressupõe-se que determinado tipo de aulas experimentais possam ser desenvolvidas tais como:

- Aulas práticas de currículo de pré-graduação com características específicas.
- Cursos de Verão (pré ou pós-graduação)
- Cursos Avançados (pós-graduação)
- Cursos de Mestrado (fase prática)

Três razões fundamentais aconselham que aquelas actividades sejam preferencialmente desenvolvidas em laboratórios multidisciplinares da Faculdade de Medicina de Lisboa, a saber:

- (a) Razões da integração pedagógica
- (b) Razões logísticas
- (c) Razões económicas

São evidentes as vantagens da integração pedagógica baseada no trabalho a desenvolver numa área laboratorial comum, numa perspectiva de ensino/aprendizagem pré e pós-graduada.

De facto, uma das questões mais pertinentes que agravam a rotina pedagógica da FML será a da aparente dissociação e/ou distanciamento entre as actividades centradas nas diversas áreas actuais de ensino, mesmo as que se integram na mesma fase curricular. Este óbice é ainda acentuado pela reduzida (e por vezes inexistente) inclusão de aulas práticas no programa das respectivas “Cadeiras”. Independentemente das causas para tão flagrante anomalia, não haverá dúvidas da importância que assume a activação e desenvolvimento relevantes de factores práticos do ensino, particularmente nos ciclos básico e pré-clínico. Entre outras actividades pedagógicas que

* NE – In: Boletim da FML 1989; 45:4.

requerem ensino ou aperfeiçoamento naqueles períodos curriculares de pré-graduação, e que assim ficam por desenvolver com o devido relevo, destacam-se as que se prendem com as funções superiores do conhecimento. Nomeadamente, a análise e síntese de factos, a resolução de problemas específicos, a reflexão e ponderação das diversas hipóteses e, sobretudo, a ligação das capacidades racionais à execução prática por metodologias que conduzem à aprendizagem, compreensão e desenvolvimento daqueles predicados são finalidades que não podem, sem grandes riscos – hoje evidentes – ser afastados da área de acção do ensino/aprendizagem inicial dos alunos de Medicina.

Provocar a convergência de alunos e docentes para actividades comuns em áreas equivalentes do ensino – seja do grupo de ciências morfológicas, experimentais, ou pré-clínicas – facilitará a aprendizagem de conceitos práticos numa perspectiva modificada de Ciência, cujas fronteiras são mais artefactos funcionais do que as realidades por vezes erradamente assumidas, senão até praticadas. Adicionalmente, a partilha de áreas comuns para o ensino/aprendizagem de diversas “Cadeiras” será um indubitável catalisador de acções/projectos multidisciplinares entre as equipas envolvidas, de que o ensino acabará por ser apenas uma das facetas resultantes de trabalho profundo, com raízes numa investigação médica vivamente praticada.

As razões logísticas associam-se claramente às razões económicas. Numa perspectiva de prioridades ambas são secundárias à integração pedagógica. Na realidade, todos ou quase todos os Institutos ou Serviços poderão ter meios materiais, instalações e pessoal para concretizarem acções de ensino prático. O que poderá faltar é a integração pedagógica e motivação daí emergente.

A centralização de diversas acções em espaços comuns facilitará a não dispersão de equipamentos comparáveis (senão mesmo idênticos) e a possível aplicação dos excedentes em alternativas mais avançadas, de outro modo inviabilizados por crónicas insuficiências de verbas. Igualmente, essa convergência permitirá libertar áreas com frequência immobilizadas largos meses/ano, para actividades experimentais e de investigação, de certo mais oportunas. Por fim, a centralização dará um local de trabalho ao aluno e um centro para encontro dos docentes, estimulando assim uma real tutela do ensino.

Resumindo, a integração pedagógica congregará áreas comuns de ensino/aprendizagem, que alunos de diversas cadeiras poderão frequentar e utilizar activamente, certos daí encontrarem, por si ou auxiliados, respostas ou esclarecimentos para as suas dúvidas. O ensino adquirirá um peso próprio, fundamentado na faceta prática de fenómenos, interpretados e aprendidos com o apoio da teoria e não só como teoria, como infelizmente ainda hoje sucede.

Os laboratórios multidisciplinares reúnem assim todas as condições para que os docentes directamente envolvidos nesse ensino sejam estimulados a desenvolver ou confirmar factos experimentais, senão mesmo projectos de investigação comuns num ambiente universitário pleno de interacções docente-discente, perguntas e respostas, hipóteses e teorias, resultados e dogmas.

A poupança em equipamento e materiais comuns, além de um melhor aproveitamento das áreas laboratoriais dispersas utilizadas por unidades isoladas, possibilitará alternativas logísticas que não será demais acentuar.

Finalmente, os laboratórios multidisciplinares utilizados por diversas “Cadeiras” do currículo pré-graduado serão também o natural espaço de trabalho de cursos pós-graduados de complexidade variável, a programar em períodos diferentes. É ainda com muita dificuldade ou, mesmo, impossibilidade que se procura concretizar um sem-número de iniciativas pós-graduadas daquele tipo. Embora as exigências de equipamento e apoio logístico difiram entre a pré e a pós-graduação, não haverá dúvidas de que a demarcação de laboratórios multidisciplinares se afigura numa base indispensável ao imediato desenvolvimento pós-graduado especializado a activar na FML. Além de espaços e equipamentos (no total relativamente pouco dispendiosos), bastará um mínimo de organização e cuidados responsáveis para que o “saber fazer” e “saber pensar” sejam realidades que substituam o frustrante e fátuo “só saber”.

Teremos de acreditar como Sócrates, de que “não há melhor meio para instruir um homem do que provocar nele a reflexão”.

Conceito de Disciplina de Opção no novo Plano Curricular*

1. As disciplinas de opção do curso de licenciatura em Medicina da FML foram consideradas no plano de estudos de 1981/82, tendo sido leccionadas pela primeira vez no 6º ano desse curso, em 1986/87. Desde então, e com escassíssimas alterações neste intervalo, os alunos optam por duas dessas 14 disciplinas disponíveis (9 da área de medicina e 5 da área de cirurgia) quando se matriculam no último ano do curso.

2. O número de alunos inscritos em cada uma das disciplinas tem variado ao longo deste período de funcionamento. Acontece, não poucas vezes, que algumas dessas disciplinas ficaram sem alunos anos sucessivos, enquanto noutras as vagas são disputadíssimas. A situação mantém-se inalterável em 1997/98: regista-se uma disciplina com zero inscrições, outra com uma, e uma terceira com duas, o que é naturalmente inadequado. A par destas, existem outras com largas dezenas de inscrições. Uma terceira categoria é constituída por áreas de intervenção muito específicas que, pela natureza da sua prática clínica, não permitem mais do que um número limitado de inscrições em simultâneo.

3. As razões profundas da ausência de inscrições em algumas das disciplinas de opção nunca foram (e talvez nunca venham a ser) esclarecidas. Entre as hipóteses que se afiguram mais aceitáveis inclui-se o desinteresse dos alunos pelos temas propostos, ou por assuntos já ensinados exaustivamente (inevitavelmente) durante a pré-graduação, ou por não lhes anteverem aliciantes profissionais. Uma coisa é certa: não se considera desejável que a FML persista na oferta de um leque de disciplinas de opção que, ao longo de dez anos, não suscitou particular receptividade por parte dos alunos.

4. Entretanto, com a entrada em vigor do novo plano curricular em 1995/96, tornou-se oportuno rever o conceito de disciplina de opção. Esta

* NE – In: Agenda da FML, 1997; 72:12

modalidade está a ser considerada como parte importante das novas metodologias do ensino médico, alicerçadas nas recomendações de Edimburgo em 1988 e subsequentes, e reiteradas em Portugal pela Comissão Interministerial para a Revisão do Ensino Médico (CIREM).

5. Também por esta razão, e também com base na própria experiência institucional, o programa curricular previsto para a FML inclui disciplinas de opção, a par com o núcleo de disciplinas obrigatórias. Todavia, enquanto as recomendações da CIREM se quedaram por disciplinas de opção num período especial do 6º ano do curso, a FML pretende distribuir essa modalidade pedagógica ao longo dos primeiros anos de curso, reservando o 6º ano unicamente para a prática clínica.

6. Conceptualmente, na perspectiva da FML, a disciplina de opção deverá constituir-se num “espaço” de formação complementar escolhido pelo aluno, de acordo com os seus interesses e capacidades, académicas e culturais. Não será por isso, forçosamente, mais uma disciplina técnica, podendo ser a aprendizagem de um assunto que o aluno escolhe por o considerar mais adequado aos seus objectivos formativos. É admissível que as disciplinas de opção sejam ensinadas na FML pelos seus próprios docentes, mas não se exclui que o sejam por docentes de outras instituições ou, ainda, que o ensino ocorra em outras instituições estrangeiras, por exemplo como “electives” reconhecidos pela FML. Numa perspectiva genérica, o leque de opções poderá atingir 30% do total de créditos do curso. Numa primeira fase, contudo, a FML não conseguirá mais que 10%, sendo nesse sentido que se está a trabalhar.

7. O aproveitamento lectivo de uma disciplina de opção não significa, porém, mais uma classificação a somar às restantes. O valor curricular das disciplinas de opção é representado pela aprovação (na concretização de objectivos pedagógicos) a que corresponde a um determinado valor de crédito. Admitindo que o novo plano curricular pressupõe 90% de crédito a fazer pelas disciplinas obrigatórias e 10% pelas disciplinas de opção, cada aluno poderá escolher as opções que quiser até atingir aquela creditação mínima.

8. No novo plano curricular da FML o modelo opcional contempla duas formas: disciplinas com 30 horas de escolaridade, estágios de investigação laboratorial (para anos básicos) e projectos de investigação clínica (para anos clínicos). As duas disciplinas de opção que existem de momento têm de ser realizadas durante os dois primeiros anos do curso. São elas o Inglês (leccionado ao ritmo de 2 cursos/ano, com a colaboração docente da Faculdade de Letras da UL) e a Informática I (a iniciar somente este ano, por ter havido

atrasos imprevistos nas obras de instalação da respectiva sala). Há, entretanto, outras disciplinas em perspectiva, que estão a ser preparadas e serão incluídas progressivamente no plano de estudos. A maior dificuldade será proporcionar “espaço” próprio num horário sempre demasiado carregado com o ensino nuclear obrigatório. É o que se está a passar no actual 3.º ano, em que se previa a inclusão de disciplinas de opção mas que, de momento, não oferece condições de calendário que as tornem realizáveis. A “matéria” mais que o “espaço para aprendizagem” continuam a ser dominantes nos planos curriculares, embora a situação esteja a ser gradualmente corrigida.

9. Há duas considerações adicionais a esclarecer. A primeira refere-se à “perenidade” de cada disciplina de opção. As novas disciplinas de opção não terão as características das actuais do 6º ano, pois haverá que as fazer aprovar anualmente em Conselho Científico e no Senado da UL. A manutenção de cada opção no plano de estudo dependerá, portanto, do seu rendimento e pertinência, a avaliar anualmente em sede própria. Em segundo lugar, haverá disciplinas de opção que requerem ensaio prévio, p. ex. sob a forma de cursos livres ou outras modalidades que se entendam demonstrativas. Essas questões põem-se sobretudo em temáticas tradicionalmente não médicas nem biomédicas mas que hoje sabemos serem indissociáveis da formação e actuação médicas. A “gestão de recursos humanos”, as “noções jurídicas na prática médica”, e a “filosofia do conhecimento” são, entre outros, aspectos que configuram o dia-a-dia do médico contemporâneo e que, até à data, continuam arredados dos programas curriculares.

10. Por isso foi decidido, organizar, através do Departamento de Educação Médica, com a colaboração de docentes de outras Faculdades da UL e o apoio da Associação de Estudantes da FML, alguns “Cursos Pró-Activos”. Designam-se assim por visarem a formação do futuro profissional, sendo potenciais embriões de disciplinas de opção e/ou eventual matéria obrigatória curricular a incluir em permanência. Serão destinatários naturais os alunos do ciclo clínico, em particular os que acabaram de concluir o 6º ano e estão a ingressar no Internato Geral. Os resultados, assim como a receptividade serão indicadores úteis para a constante modelação do novo plano curricular.

Contributo para a Preparação Informática e Telemática do Futuro Médico*

1. A sociedade actual é cada vez mais uma sociedade da informação e da comunicação, que encurta distâncias e transforma o mundo na “aldeia global”. Através das novas tecnologias disponíveis para intercomunicação e informação, estamos a assistir à mais profunda revolução de atitudes, hábitos e desempenhos quiçá desde sempre verificados a nível individual e social.

2. É um facto que as inovações neste campo – do primeiro telefone até à transmissão de sinais electrónicos por cabo ou via satélite – têm sido estimuladas e depois aplicadas em objectivos essencialmente sociais e económicos. Grande parte do desenvolvimento que hoje caracteriza as sociedades industrializadas deverá ser atribuída à aplicação e expansão das novas tecnologias, pela disseminação das redes de intercomunicação individuais e colectivas aos mais variados e distanciados locais da Terra.

3. As tecnologias da informação, além do reconhecido impacto que têm produzido nas actividades laborais, estão a criar um novo ambiente (social, cultural e também educativo), inimaginável há poucos anos. Todavia, tudo parece estar ainda no começo. A complexidade crescente dos novos recursos, a diversidade de inter-conexões que possibilitam, a individualização do acesso virtualmente de qualquer local, gera a convicção de que tudo é possível a todos, cada vez mais e sempre.

4. Todavia, em tudo há vantagens e desvantagens e será bom que estas últimas não excedam as primeiras. Sem dúvida que um dos grandes benefícios das novas tecnologias tem sido o de multiplicar fontes de conhecimento, propiciando informações e instrumentos interactivos para aquisição e distribuição do saber acumulado e recriado. Paradoxalmente, porém, esta oferta alargada de meios e capacidades dimensionadas conduz a um “esmagamento” potencial do utilizador. É por isso natural que, mais cedo ou mais tarde, haja uma opção individual entre a diversão e a utilidade, entre o “voyeuris-

* NE – In: Agenda FML, 1998; 85:1-2.

mo” inconsequente e o estudo aplicado, entre as motivações múltiplas e as prioridades definidas, entre a exploração da curiosidade e o aprofundamento da especificidade.

5. As modificações progressivas para a sociedade de futuro não podem ser dissociadas de uma participação, empenhadíssima, do sector educativo. Em particular, cabe à Universidade ocupar o centro dinamizador do processo, ajustando-o, ministrando-o e fundamentalmente utilizando-o para os seus objectivos. O tele-trabalho, o ensino à distância e a formação contínua do pessoal das empresas e organizações são exemplos concretos e já visíveis de uma nova realidade, a explorar mais amplamente.

6. A difusão dos saberes pela telemática veio também possibilitar a igualdade de oportunidades a todos os que possam e queiram aceder às fontes. Neste binómio tem assentado a vitalização cultural a que se assiste e da qual resultarão (com inevitáveis desequilíbrios ou utilizações malignas) as alterações sociais, políticas e económicas do próximo século.

7. Está a suscitar particular entusiasmo a aplicação da telemática à medicina, pelas múltiplas possibilidades de intervenção e o valioso contributo que se lhe antevê, quer no ensino quer na investigação e, muito particularmente, na actuação clínica.

8. Poderá dizer-se, sem especular, que a telemática criou condições para que o ensino médico requeira imediatas adaptações metodológicas. A introdução progressiva e intensiva dos meios audiovisuais (primeiro as transparências, depois os diapositivos, a seguir os filmes de vídeo e, finalmente e cada vez mais, as sessões programadas e projectadas a partir de um processador informático) veio dar características diferentes às aulas tradicionais. O livre acesso às múltiplas fontes de informação possibilita o estudo individualizado e sem constrangimentos. Por ambas as razões, e perante a utilidade e disponibilidade crescentes dos meios telemáticos, poderá afirmar-se que o ensino (médico) está a adaptar-se às novas tecnologias. Assiste-se também à modificação do papel do professor no processo de ensino-aprendizagem na procura do saber colectivo, em que cabe mais suscitar o desenvolvimento individual do aluno, orientá-lo e corrigi-lo, do que transmitir-lhe somente conhecimentos.

9. Não obstante os progressos alcançados, há ainda alguma dificuldade natural nesta “transição de paradigma”. Há também razões para aceitar que as novas tecnologias de informação e comunicação (ainda) não substituem as formas clássicas de educação. Por conseguinte, afigura-se mais realista por agora entender a inserção das novas tecnologias no ensino como instrumento essencial, que prepara o aluno para o estudo permanente durante toda a sua futura vida profissional.

10. Justificações idênticas poderão ser invocadas para a intercomunicação entre investigadores de instituições distanciadas entre si (na transmissão de resultados, na discussão de ideias, nas trocas de informação e correio), assim como a Medicina praticada e apoiada à distância, entre unidades de saúde centrais com recursos avançados e centros periféricos carenciados.

11. Para que a formação contínua do futuro médico seja uma realidade sustentada e eficaz, e para que a telemedicina possa efectivamente anular distâncias e aproximar recursos indispensáveis em momentos críticos, haverá que ensiná-la e praticá-la desde os primeiros anos do curso de medicina. A aprendizagem da informática e da telemática tem de ser incluída nos *curricula* e desenvolvida intensivamente, quase que em regime de alfabetização. E, de facto, é de uma nova “linguagem” que se trata, ao ponto de se afirmar que, num futuro próximo, o desconhecimento da informática será tão limitativo como o não saber ler nem escrever.

12. Com base nos argumentos invocados foi decidido incluir o ensino da informática no novo programa curricular da Faculdade de Medicina de Lisboa. Após atrasos inesperados de ordem burocrática, foi possível recriar um espaço de aulas, equipá-lo e dar início a cursos sucessivos de uma nova disciplina de opção. No momento está prestes a concluir a sua formação o último grupo de um total de 94 estudantes do 2º ano. Prevê-se que, até ao fim deste ano, seja concretizada a formação dos alunos que transitam para o 2º ano e para o 4º ano. Todos estes alunos já tiveram, ou virão a ter, também formação introdutória à telemedicina.

13. Embora as possibilidades actuais contemplem apenas a formação optativa de informática, haverá que estimular a sua generalização em futuro próximo. A introdução à telemática será efectivamente global, no 1º ano do curso a partir de 1998/99 (prevendo-se que a prática da telemedicina venha a decorrer em cenário apropriado do novo ciclo clínico), enquanto o ensino sistemático para a pesquisa das fontes de informação se incluirá provavelmente no âmbito da introdução à clínica, no 3º ano do curso.

14. Com base nos conhecimentos e aptidões sobre as novas tecnologias de informação, adquiridas e praticadas ao longo do curso pré-graduado, os actuais e futuros alunos da FML estarão decerto mais aptos a enfrentar os desafios de toda uma vida profissional exigente que os aguarda.

Para uma Formação Médica Aperfeiçoada pela Ciência e Impregnada pela Investigação*

1. Compete à Universidade criar, conservar e organizar o conhecimento, transmiti-lo a gerações sucessivas, incentivar à sua aplicação prática e, ainda, assegurar a sua renovação ou substituição por novos saberes. Motivos económicos, circunstâncias sócio-políticas ou meramente responsabilidades mais “acomodadas” tendem a reduzir, demasiadas vezes, a amplitude da missão universitária à de uma qualquer fabriqueta de competências não vividas nem experimentadas e/ou com duvidosa capacidade de intervenção social.

2. A imensidade dos saberes acumulados renovados e ampliados em cada um dos seus múltiplos domínios, ultrapassa a capacidade humana da compreensão e retenção individualizadas. Por isso é essencial assegurar critérios de selecção dos saberes adequados a cada um dos domínios da formação. O conjunto de conhecimentos de um plano curricular é somente uma fracção escassíssima da totalidade disponível. Todavia esses “mínimos” deverão ser a essência do conhecimento pretendido, o que é pertinente e indispensável para que, ao terminar o curso, cada licenciado exerça com competência imediata um determinado tipo de funções pré-definidas.

3. Será pois fundamental assegurar a cada recém-licenciado a compreensão dos princípios globais do conhecimento específico e o desenvolvimento de potencialidades e aptidões para a sua utilização. Não basta a transmissão e retenção de conhecimentos, mesmo que “essenciais”, para conseguir a preparação requerida. Pelo contrário, haverá que criar vivências de aplicação, suscitar a criatividade, o pensamento abstracto e aplicado, desenvolver capacidades de resolução de problemas com base nesses conhecimentos, e, ainda, (saber) procurar o conhecimento indispensável a essas soluções.

* NE – In: Agenda da FML, 1998; 88:1-2.

4. Neste exercício de pensamento, em que (qualquer) conhecimento constitui material de trabalho, haverá lugar e justificação para combinar o método dedutivo com o indutivo. No seu conjunto, a aprendizagem deverá desenvolver-se em três grandes estádios. No primeiro, observa-se e conhece-se o saber existente. No segundo, criam-se modelos de relacionamento e de aplicação desses conhecimentos, provocam-se interacções, geram-se problemas, descobrem-se soluções plausíveis e próximas do que se conhece da realidade, isto é, adquirem-se potencialidades, capacidades, e aptidões. Finalmente, o terceiro estádio é o momento certo para aplicar, em situações concretas, os conhecimentos, as capacidades e as aptidões aprendidas. Na realidade, o processo de aprendizagem não está concluído enquanto não for completado pela experiência do trabalho directo, pela inserção nos cenários da futura profissão.

5. A criação das potencialidades individuais, designadamente a de “saber aprender”, será talvez a componente mais importante da formação universitária, por três razões que ocorrem de imediato: primeiro, prepara o futuro licenciado para não se ater a dogmas, estimulando-lhe a capacidade crítica; segundo, prepara-o para a interdisciplinaridade do conhecimento e para a adaptação à mudança; por fim, dá-lhe motivação e instrumentos para aprender à distância, em várias alturas da sua vida, com autonomia competente a partir de novos saberes.

6. Nas “universidades adiadas” a situação é (infelizmente) muito mais simples: saber e comentar conhecimentos teóricos (por escrito ou oral) poderá ser extensão única do percurso universitário ao longo dos anos de cada curso. Nalguns casos haverá lugar para discretos exercícios de “saber fazer o que se aprende”, e pouco mais. Não havendo avaliação (do sistema educativo e da instituição), não havendo responsabilização eficaz nem flexibilidade para a substituição de quem não quer ou não sabe servir a instituição, não havendo aferição sequenciada da qualidade do trabalho realizado e da qualificação adquirida pelos leccionados por cada instituição, enfim, não havendo mais do que uma magna tolerância para nivelamentos inferiores, a situação torna-se efectivamente muito simples.

7. Não é a transmissão do saber, por muito complexo que este seja, que transfigura uma escola numa universidade. Existem no mercado múltiplos recursos audiovisuais que substituem com vantagem as tradicionais aulas de transmissão do saber, em que, por vezes, ainda se abusa da leitura exaustiva de acetatos e diapositivos projectados. O facto de os alunos também saberem ler, e preferirem fazê-lo nos mesmos livros donde as imagens são colhidas,

explica a rápida desertificação dessas aulas, para desapontamento de quem acredita que é possível e útil ensinar de acordo com modelos do princípio do século a alunos que já brincavam com computadores ainda antes da escola pré-primária.

8. Por conseguinte, não só haverá que promover e actualizar os métodos pedagógicos e a formação dos formadores, como se justifica plenamente iniciar alternativas de aprendizagem com eficácia documentada em universidades de prestígio mundial. O ensino-aprendizagem baseado na resolução de problemas, a autonomização da aprendizagem sob responsabilidade do aluno (reservando-se o docente a uma posição de orientador), a ênfase na aplicação dos conhecimentos a situações simuladas ou reais são, entre outras, perspectivas aliciantes para uma renovação metodológica e, também, para uma revitalização das motivações individuais e colectivas. Para essa mudança será essencial começar pela eliminação dos múltiplos constrangimentos burocráticos existentes, a par com uma gestão efectivamente autónoma dos recursos (humanos, materiais e financeiros), hoje ainda inexistente.

9. Para incentivo das capacidades e aptidões individuais, afigura-se apropriado “dar espaço” e proporcionar meios que estimulem a criatividade. No aluno deverá ser estimulada a possibilidade de comprovar, como Claude Bernard, que “*um facto nada é por si mesmo, só vale pela ideia que a ele se liga ou pela obra que fornece*”. O hábito de observação dos factos, a compreensão da sua natureza pela experimentação, e a conclusão que se lhe retira, são vivências indissociáveis da formação universitária. Também para que “*a dúvida seja o começo da sabedoria*”, haverá que congregiar meios e oportunidades no programa curricular.

10. É da maior importância que cada universidade disponha de elevado potencial de investigação, e que esta atinja níveis de excelência. Naturalmente que a investigação de alto nível requer recursos em idêntica proporção, pressupondo mecanismos de avaliação e exigências também equivalentes.

11. A escolha dos investigadores, o apoio ao seu labor, e a liberdade intelectual que se concede são premissas indispensáveis para os resultados a obter. A Universidade é o local ideal para o florescimento da investigação científica e para a criação do pensamento por ser (ainda) relativamente independente de pressões sócio-económicas e manter-se afastada dos interesses e das preocupações imediatas de produtividade das agências financiadoras. São hoje reconhecidos alguns núcleos de excelência distribuídos pelas universidades nacionais que, em parte, vêm beneficiando do afluxo crescente de investigadores provenientes dos centros internacionais onde adquiriram peso

e experiência. A dinamização e estruturação desses núcleos estão a possibilitar o aumento de linhas de acção e da produção científica nacional, conforme foi oportunamente sublinhado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia. A FML está também a beneficiar desta dinâmica.

12. À Universidade não basta, porém, incentivar a investigação de alto nível nem cuidar somente de uma elite de investigadores. Por razões intrínsecas, a Universidade tem de promover a “cultura de investigação” como método de aprendizagem do conhecimento e da formação dos seus alunos. A investigação, a par com o ensino-aprendizagem, deverá ser um meio que contribui, com outros, para o enriquecimento cultural e formativo de cada aluno. Os núcleos de excelência serão, nesta perspectiva, naturais “centros de cristalização” de novos investigadores, sejam estes ainda alunos ou jovens licenciados que procuram a FML.

13. A FML teve a iniciativa original de aplicar parte do dinheiro das propinas de 1994/95 a 1996/97 no fomento de investigação a realizar pelos seus alunos. Daí resultou um concurso para “projectos de investigação”, aberto em 1997/98, a que se candidataram dezenas de alunos. Os resultados das duas dezenas de projectos então aprovados serão divulgados em sessão pública a realizar no próximo mês de Novembro. Entretanto, foi anunciado pelo GAPIC o segundo concurso, para 1998/99, este beneficiando de um acréscimo de 50% sobre as verbas atribuídas no concurso anterior. A Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina (AIDFM) deliberou também incentivar a investigação desenvolvida pelos alunos de medicina da FML, criando oito prémios, distribuídos por quatro categorias.

14. No plano curricular foi decidido instituir, em regime optativo, dois grandes tipos de actividade de investigação (individualizada), um a desenvolver em laboratório (a partir do segundo ano do curso), e outro como investigação clínica (a partir do 4º ano do curso). Prevê-se ainda uma terceira modalidade, a desenvolver como investigação clínica e a ser completada em laboratório.

Embora de momento não seja viável expor todos os alunos de Medicina a um projecto de investigação, pelo menos como princípio educacional justifica-se uma reflexão sobre a sua oportunidade. A crer nas evocações frequentes sobre as teses de licenciatura em Medicina, que vigoraram até 1967, há razões para acreditar que se retomou o bom caminho. Com a vantagem de que a investigação não é uma obrigação a realizar no último ano, como então sucedia, mas uma opção voluntária a iniciar bastante cedo e, eventualmente, a ser o ponto de partida para uma actividade exclusiva ou complementar de invejável valor formativo.

15. É admissível que, num prazo relativamente curto, mantendo-se inalteráveis aquelas linhas de acção e apoios entretanto consolidados, venha a existir na FML o elevado potencial científico que caracteriza as instituições universitárias de qualidade internacional. Será também admissível que esse futuro venha a ser “aproximado” por outras iniciativas convergentes, algumas delas previstas para 1999, como é o caso dos Cursos Avançados de Biologia Molecular, e outros que venham a ser desenvolvidos pela FML.

16. Vitor Hugo dizia que “*mais importante que as máquinas são as ideias que arrastam o mundo*”. Também é apropriado deixar aqui expressa a convicção de que, muito mais importante que os edifícios ou os equipamentos, será o pensamento gerado e a ciência concretizada, a base da cultura institucional da FML presente e do futuro.

Educação Pela Ciência*

1. No dia 28 de Novembro pp. decorreu no Auditório Cid dos Santos o “1º Workshop – Educação pela Ciência”, organizado pelo GAPIC. O evento seria mais um entre os muitos que a FML organiza, não fora o facto de se destinar à apresentação de resultados dos projectos de investigação científica desenvolvida por alunos dos diversos anos do curso.

A segunda particularidade deve-se a serem aqueles projectos subsidiados especificamente pela verba das propinas, numa iniciativa que cremos ser inédita na Universidade Portuguesa.

Há a destacar a vinda do Professor Mariano Gago, Ministro da Ciência e da Tecnologia, que nos honrou com a sua presença e proferiu uma conferência de grande significado e interesse sobre a inter-relação da cultura científica e da educação.

Finalmente, cabe acentuar que o auditório esteve cheio, o que é notável para uma sessão que se prolongou até ao fim da tarde de um sábado. Além dos autores de trabalho, estiveram os seus tutores, membros dos órgãos de gestão e bastantes alunos.

2. O entusiasmo participado que caracterizou o 1º Workshop, e a convicção gerada nos presentes de que assistiam a qualquer actividade muito inovadora e de muito importante para os futuros médicos e para a própria instituição, são aspectos subjectivos dificilmente inteligíveis para quem não esteve, ou não se apercebeu da sua realização e da importância simbólica que conferiria o “estar presente”.

3. A impregnação da formação médica pela cultura científica é, a curto prazo, um dos objectivos do novo plano curricular. Numa perspectiva à distância, pretende-se, pela cultura científica, que o futuro médico adquira novas capacidades para enfrentar, confiante, o risco e a incerteza que acompanha a evolução da Medicina e do meio em que se insere a sua prática. No

* NE – In: Agenda da FML 1998; 97:1-2.

fundo, pretende-se que a educação médica, pelo facto de ser formação e preparação de factores profissionais, fomente a recusa sistemática, dos dogmas e procure ensinar a resolver problemas com as armas de racionalidade e o treino da experimentação vivida.

4. O incentivo inicial criado pelos projectos de investigação científica, ao qual foi dada maior amplitude financeira no presente ano, está a ser completado pela progressiva inclusão de diversas modalidades de investigação, a desenvolver como acções optativas do novo plano curricular. No presente estão aprovados os estágios optativos de Investigação Laboratorial (para o 2º e 3º anos), Investigação Clínico-Laboratorial (para os 3º, 4º e 5º anos), e os de Investigação Clínica (para o 4º e 5º anos do curso), que assim acrescem ao módulo de Iniciação à Investigação que, desde 1995/96, é leccionado a todos os alunos do 1º ano na Introdução à Medicina. Num futuro próximo prevê-se a inclusão de outros estágios de investigação, por exemplo, orientados para a Medicina Preventiva e para Iniciação à Biotecnologia.

Seria desejável, finalmente, que a FML oferecesse a todos os seus alunos a possibilidade de, pelo menos alguma vez enquanto alunos, participarem em actividades científicas orientadas como parte integrante da sua formação médica.

5. A preparação médica a conferir pela FML deverá fornecer capacidades e potencial para actuação imediata na vida clínica. A formação, adicionalmente, prepara o carácter e a actuação, com base num sistema de valores confrontados em todos os momentos e em todos os cenários da pré-graduação. A capacidade de lidar com os novos problemas e com a incerteza é um alvo educacional fundamental, a receber preparação adequada.

A prática da ciência, a par com o desenvolvimento do plano curricular, é a resposta certa e a metodologia indissociável na preparação do médico que vai enfrentar os gigantescos desafios biopsicosociais que se anunciam.

Por tudo isso, a “ciência na educação médica” é um conceito a valorizar e a considerar como parte indissociável e inovadora da nossa Faculdade. Por tudo isso, a primeira “mostra” pública dos contributos dos nossos alunos foi um marco de grande importância na história contemporânea da FML.

Contributos Para a Eficácia do Sistema e para a Convergência de Objectivos*

1. A Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina (AIDFM) é uma instituição sem fins lucrativos criada no princípio do ano de 1993 por quinze professores da FML. Circunstâncias diversas fizeram adiar a eleição e posse da sua primeira direcção, que ocorreram somente dois anos depois. Desde então a AIDFM consolidou o seu núcleo operacional, procedeu a uma indispensável revisão dos estatutos, aumentou o número de sócios aderentes e, fundamentalmente, foi adquirindo capacidades de intervenção no âmbito dos objectivos estatutários.

2. É oportuno recordar que a AIDFM teve na sua origem dois propósitos essenciais: primeiro, constituir um pólo de atracção supletiva de iniciativas e recursos que viessem a beneficiar, directa ou indirectamente, a FML; segundo, representar um modelo alternativo com gestão flexível de actividades e meios, congregados no âmbito formativo, científico e tecnológico das ciências biomédicas e da saúde. Ambos os propósitos permanecem actuais, pertinentes e, de certo modo, estão a ser conseguidos.

3. Nos quatro anos que tem de actividade, a AIDFM possibilitou a captação de investimentos vultuosos (em equipamentos e meios de funcionamento) para um número elevado de unidades e centros da FML, deu suporte a múltiplas actividades de investigação laboratorial e clínica, estabeleceu convénios com outras instituições visando a concretização de estudos sobre aspectos diferenciados da gestão em saúde, celebrou protocolos que possibilitam o acompanhamento dos rastreios epidemiológicos e biológicos em saúde ambiental e, desde o ano transacto, institui prémios de investigação científica desenvolvidos por estudantes da FML. Os resultados alcançados nos seus quatro anos de actividade são regularmente divulgados e, pela sua expressão, justificam apreço público. As actividades referidas são o produto exclusivo da iniciativa dos associados da AIDFM, em cujo modelo operacional se encontram os instrumentos adequados para uma concretização rápida e eficaz de projectos institucionalmente relevantes.

* NE – In: Agenda da FML, 1999; 104; 2.

4. O modelo funcional das instituições públicas universitárias não tem recebido os ajustamentos indispensáveis para uma actuação flexível na área do conhecimento e respectiva aplicação na comunidade. As instituições públicas, em que se insere a FML, dispõem de um padrão uniforme de actuação que não diferencia as exigências intrínsecas a uma universidade das que competem a um qualquer outro serviço do Estado.

5. Com o aumento acelerado dos saberes e do desenvolvimento e implantação das novas tecnologias de informação, assiste-se a profundas modificações do comportamento humano, a par com alterações complexas na esfera sócio-económica e institucional. Heidi e Alvin Tofler defendem que as noções hoje existentes sobre espaço e tempo diferem bastante das que se conheciam há três ou quatro décadas. O desenvolvimento e a distribuição da informação alteraram profundamente as relações de trabalho e de poder. Da homogeneidade e *massificação* (e uniformização) dos procedimentos e comportamentos que caracterizam a civilização industrial transitou-se rapidamente para o pós-modernismo, em que prevalece a heterogeneidade e a *desmassificação*, geradoras de condições propícias para a especialização, para a inovação, para a iniciativa e para a actuação rápida.

6. Por conseguinte, procurar nas circunstâncias e condicionalismos actuais soluções inovadoras e progressistas com base em conceitos e instrumentos ultrapassados, está naturalmente condenado ao fracasso ou a resultados pouco produtivos. Grande parte das dificuldades de actuação que vêm limitando a FML poderá ser atribuída a desacertos daquela natureza.

7. As oportunidades induzidas pela AIDFM, semelhantes pela sua dinâmica e expressão aos resultados conhecidos de muitas outras associações e fundações sem fins lucrativos, de raiz universitária, comprovam o acerto da iniciativa que conduziu à sua criação. Ilustra também que a funcionalidade das instituições geradoras de saber e de ciência, a que acrescem intervenções diversas na comunidade, justifica processos de actuação flexível, decisão descentralizada e intervenção rápida, baseados em estratégias ajustadas aos objectivos considerados.

8. Nada impede que a AIDFM venha a assumir intervenção crescente no apoio às actividades da FML. Afinal, foi com esse propósito que os seus sócios fundadores conceberam e criaram a AIDFM. É por isso natural que as motivações que estiveram na sua origem sejam cada vez mais válidas e indispensáveis para a dinamização da instituição (FML) onde projecta todo o seu esforço e investimento. Em que cada actual e novo associado tem a possibilidade de contribuir para a concretização dos seus próprios objectivos no espaço a que pertence.

III – PROJECTO DA REFORMA CURRICULAR DA FML

6 – Ciclo clínico

Para um Ensino Médico Eficaz*

A eficácia do ensino médico em geral, e do pré-graduado em particular, continua substancialmente condicionada por dificuldades de articulação estrutural e funcional dos serviços dependentes de dois Ministérios (Educação e Saúde). O interrelacionamento torna-se crítico na área clínica, por envolver pessoal e gestão em dupla dependência e por incluir as responsabilidades implícitas à prestação de cuidados de saúde às populações.

Adicionalmente, a disponibilidade orçamental das Faculdades de Medicina são, há muito, insuficientes para a renovação de meios, capacidades e estruturas. O regime de Autonomia Universitária não veio dar solução a estas carências nem libertou as faculdades do emaranhado de condicionamentos legais e vistos que caracterizam a administração pública. Assim, funcionando sub autonomia (muito) restrita, sendo preteridas nos financiamentos especiais pelas áreas tecnológicas, não dispendo de plena capacidade de actuação docente e clínico-assistencial, e forçadas a recorrer a uma massa maioritária de docentes a tempo parcial, estão as Faculdades de Medicina nacionais sentenciadas a viver precariamente.

A alienação forçada dos Hospitais Escolares como cúpula funcional do ensino médico, administrado pelas Faculdades de Medicina, e o desequilíbrio entre as exigências da carreira e a baixa competitividade do sistema retributivo dos docentes universitários perante o mercado de oferta em vigor (em que se inclui o serviço público na área de Saúde Hospitalar), são causas principais para uma grave crise, com fim indeterminado.

Causas de uma crise

A extinção dos Hospitais Universitários pelo Decreto-Lei nº 674/75 de 27 de Setembro constituiu uma das causas próximas da progressiva deterioração funcional das Faculdades de Medicina e, particularmente, esteve (e ainda está) na origem das reconhecidas dificuldades de relacionamento insti-

* A – In: Revista da Ordem dos Médicos 1991, Outubro, 6-8.

tucional com os serviços dependentes da tutela da Saúde, coexistentes nas mesmas unidades hospitalares.

Os (antigos) Hospitais Escolares continuam a ser hoje instituições com atribuições e práticas funcionais similares às de qualquer Hospital Central, apesar de continuarem sedeados no *Campus* universitário. A minimização dos interesses educacionais pelas actividades de índole estritamente assistencial, desenvolvidas nos serviços sob dupla tutela, acresce um avolumar de problemas relativos a concursos, direcções de serviço e gestão global da área hospitalar. Estes problemas e atritos jamais foram, lamentavelmente, solucionados pela legislação pública, entre 1977 e 1985.

Assim, persiste o risco das responsabilidades inerentes às Faculdades de Medicina ficarem confinadas às áreas de ensino pré-clínico (sob tutela da Educação), em regime de instalação tolerada e com facilidades de utilização concedidas pelas administrações hospitalares, isto é, sob tutela da Saúde. Também não foi afastada a hipótese de determinadas áreas do ensino clínico poderem ser afectadas negativamente, se a administração hospitalar decidir a transferência de médicos com actividade docente para serviços diferentes daqueles em que é habitualmente ensinada a disciplina que leccionam. Situações equivalentes poderão ocorrer a nível das direcções de serviços clínicos em que esteja sedeadado o ensino de determinada disciplina, quando o nomeado não é o docente mais qualificado academicamente nesse serviço.

Por conseguinte, tendo em conta o passado recente, há motivos para duvidar do êxito da legislação que acaba de ser publicada (Portaria nº 219/91 de 16 de Março) sobre a articulação inter-ministerial (Educação e Saúde), para os fins do ensino médico.

É de temer que a tendência continue a ser mais assistencial e menos científico-educacional, como nos anos recentes. A publicação de nova legislação não foi acompanhada pela correcção das insuficiências em meios humanos e materiais, nem eliminou a “bicefalia” directiva que anula todas as boas intenções. Continuará a haver escasso optimismo sobre a convergência e eficácia de actuação dos serviços dependentes de ministérios diferentes e sob direcções distintas, perante um mesmo problema.

Numa perspectiva universitária, a formação médica é indissociável da investigação, básica ou clínica. O ensino médico é naturalmente completado pela formação clínica, obtida “em exercício” nos hospitais e centros de saúde seleccionados, sob orientação de docentes idóneos que, em simultâneo, prestam actividade assistencial.

Por seu lado, é indiferente aos serviços de saúde que os doentes internados num hospital (ex-) Universitário sejam tratados por médicos também docentes, ou por outros médicos sem vínculo à Faculdade. Para os serviços de saúde, nem o ensino nem a investigação são prioridades que lhes interesse. Os objectivos são estritamente assistenciais, indissociáveis de perspectivas economicistas (custos de internamento, gastos com exames e medicação,

subsídio de baixa, ausência de produtividade, entre outras). Neste enquadramento de propósitos serão compreensíveis as divergências (passadas, presentes e futuras), pese embora toda a legislação publicada com vista à colaboração interinstitucional.

Hospitais Universitários, ou Faculdades de Medicina com hospital próprio

É indubitável (e inadiável) uma orientação lógica que preserve a vitalidade e virtualidades das áreas educacionais e da investigação, integradas na formação médica universitária. Para a mudança que se deseja, há que equacionar três questões fundamentais:

- (a) Reinstalação de Hospitais Universitários, e subsequente reequilíbrio do poder interno;
- (b) Reformulação do regime contratual e do recrutamento de pessoal superior;
- (c) Dignificação valorativa dos meios da acção da área científico-educacional.

Razões pedagógicas compreensíveis justificam que a educação médica pré-graduada e o estágio clínico subsequente (previsto) sejam desenvolvidos essencialmente em Hospitais Universitários-Faculdades de Medicina, ambos sob estreita e exclusiva direcção da área educacional. A essas Unidades (Faculdade-Hospital Universitário) caberia desenvolver a tradicional tríade de actividades: Educação, Investigação e Assistência. O exercício dominante da actividade assistencial sob dependência absoluta dos serviços de Saúde, como se verifica no presente, é incompatível com aqueles propósitos, limitando acentuadamente as vertentes educacional e de investigação.

Docentes: Bases de Recrutamento e Condições de Trabalho Realistas

Para o desenvolvimento ao mais alto nível daqueles objectivos haverá ainda que seleccionar com critérios exigentes e remunerar adequadamente os profissionais requeridos para desempenho de cargos directivos, docentes e assistenciais. Os vínculos contratuais em vigor bloqueiam a selecção e a manutenção dos profissionais mais capazes para os cargos em referência, além de serem a causa próxima da preocupante escassez de docentes do ciclo básico das Faculdades de Medicina. É convicção comum que o prosseguimento da carreira académica em dedicação exclusiva está limitado a um número cada vez mais restrito de docentes. As naturais solicitações para uma actividade liberal (economicamente mais aliciantes e sem as limitações burocráticas do funcionalismo público), a par das frequentes dificuldades e

privações de uma estrutura ultrapassada em meios e incapacitada das soluções exigíveis, são razões potenciais para o crescente afastamento, ou menor empenhamento, na carreira académica.

Todavia, não oferece dúvidas de que a formação médica pré-graduada e, pelo mesmo motivo a formação contínua, requerem docentes de inquestionável saber e competência, a recrutar entre os profissionais mais qualificados, nacionais ou (porque não?) estrangeiros.

O reordenamento do quadro docente poderia incluir, com vantagens, duas modalidades de docência: em regime de exclusividade ou por convite (Quadro I).

Quadro I – Categoria, Vínculo Comercial Contratual e Funções Principais dos Docentes

Docentes	Funções e Vínculo Contratual
<u>Em Exclusividade</u>	
(a) Do Ciclo Básico	– Vínculo duradoro – Docência e investigação – Gestão (pedagógica, científica e directiva)
(b) Do Ciclo Clínico	– Vínculo duradouro – Docência, investigação e assistência – Gestão (pedagógica, científica e directiva)
<u>Convidados</u>	– Vínculo transitório
(só para o ciclo clínico)	– Docência e tarefas assistenciais ou técnicas muito selectivas – Participação excepcional na gestão escolar

Somente os docentes em exclusividade teriam direito a um cargo de carreira detendo, nesta qualidade, responsabilidades na gestão directiva científica e pedagógica das Faculdades de Medicina.

Os docentes convidados teriam vínculo contratual precário, objectivado para apoio à docência selectiva e prestação de serviços (assistenciais e técnicos) muito específicos de que houvesse carência, participando excepcionalmente na gestão escolar.

Os docentes em exclusividade seriam responsáveis directos pelas actividades do ciclo básico ou clínico. Os docentes do ciclo básico teriam obrigações prevalentes na docência e na investigação, podendo exercer tarefas assistenciais mínimas, apenas em áreas de apoio técnico. Os docentes do ciclo clínico teriam fundamentalmente actividades clínico-assistenciais, além da docência e da investigação clínicas.

Entretanto, seria crucial que, nos Hospitais Universitários, os serviços de saúde tivessem as suas responsabilidades limitadas ao economato dos doentes e do pessoal. As carreiras médicas exclusivamente assistenciais deveriam estar sob a dependência contratual dos serviços de saúde, ainda que hierarquizadas funcionalmente aos interesses educacionais e à direcção universitária.

Conclusões

A objectivação exclusiva das perspectivas estatísticas centradas na razão número de camas/números de doentes é um argumento que preocupa legitimamente todos os responsáveis directos e indirectos pela saúde das populações. Todavia, é também uma gestão a (curto) prazo, sem capacidade de renovação perante os desafios do progresso.

A Medicina de qualidade requer profissionais de competência superior, preparados sob condições adequadas em Hospitais Universitários, sob a orientação de docentes com mérito pedagógico e qualificações profissionais superlativas. A prossecução destes objectivos reclama medidas legislativas consentâneas, que consagrem os Hospitais Universitários como centros educacionais em que a assistência seja apenas uma das diversas vertentes de acção. As medidas a tomar poderão ser difíceis e polémicas, mas é urgente eliminar os equívocos e obstáculos que estão a esboroar as Faculdades de Medicina nacionais.

Infelizmente, a solução directa não está nas mãos dos universitários. Os meios e a decisão final dependem da vontade política em dotar as Faculdades de Medicina de condições de trabalho revigorantes e compatíveis aos objectivos que delas se aguardam: capacidade de ensino eficaz e possibilidades de renovação do saber, em sintonia com acções clínico-assistenciais de vanguarda.

A dicotomia de meios e influências no ensino/aprendizagem médica por dois ministérios de tutela não beneficia a objectivação dos propósitos. A formação médica é uma acção prioritariamente educacional que inclui, como finalidade terminal, a aprendizagem e prática na vertente clínico-assistencial. Por conseguinte, a interacção dos meios de acção e de coordenação, com propósitos educacionais, afigura-se uma necessidade óbvia. A trajectória actualmente seguida pelas partes envolvidas no governo das Faculdades de Medicina e Unidades Hospitalares em que decorre o ensino médico é, porém, mais de colisão do que convergência.

E sabido que a política gere essencialmente o imediato, mas cabe às Faculdades de Medicina, e a todos os órgãos médicos nacionais que partilharem responsabilidades informar, esclarecer e convencer os políticos dos objectivos, prioridades e necessidades da formação médica, contemporânea e futura.

De outra forma, não fazendo nada, será que haverá Faculdades de Medicina em Portugal no próximo século?

Educação Médica: um Projecto Global*

Correm os tempos de feição para que uma mudança profunda no sistema nacional de Formação Médica possa ter lugar no futuro próximo.

As principais alterações propostas são, afinal, aspirações antigas das Faculdades de Medicina: (a) Primeiro, a licenciatura em Medicina voltará a ser um atributo formal das Instituições próprias de Ensino, que são as Faculdades de Medicina; (b) Em segundo lugar, a reforma curricular pretendida para o ensino pré-graduado (a ser levada a cabo com indispensável ponderação política, rigor científico, qualidade pedagógica e objectivação prática das finalidades últimas a que se destina) poderá conduzir à formação de médicos polivalentes, potencialmente competentes e aptos a saberem manter-se actualizados durante toda a vida clínica; (c) Em terceiro lugar, a desejada reforma curricular possibilitará o encurtamento do tempo de ensino (mais) teórico, preservando o que é nuclear e essencial para o generalista e, simultaneamente, minimizando o que hoje se afigura acessório e especialização prematura.

Todavia, a pré-graduação é ainda (e apenas) a primeira etapa de um *continuum* educacional, que inclui a formação médica pós-graduada e a formação continuada. Tal como ontem e hoje, também amanhã haverá que cuidar do acompanhamento global da Formação Médica.

Aquelas três principais fases deverão ser analisadas e intervencionadas de acordo com as realidades sócio-económicas, mas também constantemente adaptadas ao progresso científico e tecnológico.

O tratamento do homem doente e a preservação da saúde das populações são coordenadas sociais inestimáveis, com projecção nas variáveis económicas de uma nação.

Não surpreenderá assim que os governos avisados cuidem da Assistência Médica, assegurando meios e condições que lhe garantam eficácia.

A melhoria da Assistência Médica passa, necessariamente, por uma melhoria da Educação Médica.

* D – In: Revista da FML 1994; II (5): 165-166. Intervenção na Sessão de Recepção aos Novos Internos do Hospital de Santa Maria, em 11 de Março de 1994, presidida por Sua Excelência o Ministro da Saúde, Dr. Paulo Mendo.

Deste modo se completa um círculo de interdependências e de planos conjugados quanto ao que se pretende em comum: uma prática profissional eficaz e humana desempenhada por profissionais competentes. Esta posição não deixa de gerar lamentáveis equívocos quando as Faculdades de Medicina são, por vezes, tidas como meras escolas técnicas orientadas para a formação de futuros tecnocratas da medicina.

Na realidade, as Faculdades de Medicina têm por missão formar não só profissionais eficazes, mas ainda homens cultos, interessados no progresso do saber e na transmissão dos conhecimentos, dirigidos para realidades concretas.

Por conseguinte, e além do saber técnico, devem as Faculdades de Medicina cultivar a compreensão pelos valores sociais, éticos e psicológicos do homem, na doença e na saúde.

Tal conjunto de responsabilidades e objectivos será plenamente concretizado quando as Faculdades de Medicina estiverem integradas em Centros Médicos Universitários e, nessa perspectiva, adquirirão plena capacidade educacional junto dos doentes (hospitalizados, ambulatórios e no domicílio), com apoio de tutores qualificados.

Nenhuma outra profissão tem níveis de exigência formativa como a Medicina. Lidar com a vida, a doença e a morte, impedir ou minimizar o sofrimento humano são, por isso, justificações suficientes para que os médicos necessitem de um sistema de formação tão complexo e prolongado.

Nessa complexidade não se poderá dissociar o educador (da Faculdade e o do Hospital) ou o docente (das básicas e o das clínicas), entre outras divisões e subdivisões artificiais que continuam a separar o que é único, e a dificultar o que parece simples.

As motivações para que a aprendizagem seja eficaz e tenha qualidade objectiva, beneficiarão de meios integrados, de educadores comuns, de condições complementares.

A Educação médica melhorará, a Assistência tornar-se-á superior, a Investigação acontecerá com naturalidade, nessas instituições especializadas que serão os Centros Hospitalares Universitários.

Centros Médicos Universitários – Objectivos e Funcionalidade*

1. A Medicina Universitária – que incorpora as faculdades de medicina, hospitais de ensino, docentes, alunos e restante pessoal – ocupa um lugar central no Sistema de Saúde, por três razões principais:

- a) Assegura uma fracção importante dos cuidados de saúde, muitos dos quais de elevado nível e especialização tecnológica;
- b) Assegura a educação médica pré e pós-graduada e, eventualmente, a educação paramédica;
- c) Promove e/ou participa no desenvolvimento de conhecimentos científicos, que procura aplicar na actividade clínica, em benefício do doente.

Em consequência, são vertentes indissociáveis da actividade médica universitária as seguintes:

- a) Assistência médica;
- b) Educação médica;
- c) Investigação no domínio médico ou biomédico.

2. As vertentes da Medicina Universitária deverão ser preferencialmente desenvolvidas em *Centros Médicos Universitários* (ou outra designação apropriada, como a de *Centros Académicos de Medicina*), constituídos por três sectores principais: Faculdade de Medicina, Hospital Universitário e Serviço de Apoio na Comunidade.

3. O desenvolvimento equilibrado e a viabilidade de propósitos do Centro Médico Universitário devem fundamentar-se na interligação das actividades referidas, para as quais são indispensáveis estruturas e pessoal igualmente afins.

* NE – In: Boletim da SPEM 1994; II Série, 4(3): 17.

4. O Centro Médico Universitário deverá ser o local de convergência natural de três categorias de intervenientes:

- a) Alunos, seleccionados, que se preparam para ser médicos;
- b) Docentes, que ensinam Medicina, investigam e/ou prestam cuidados médicos;
- c) Doentes, que padecem de enfermidades e requerem tratamento por quem sabe e tem os meios indispensáveis para o fazer.

5. A educação do futuro médico deve ser iniciada nos laboratórios da Faculdade de Medicina e completada nas instalações do Hospital Universitário (enfermarias, serviços técnicos e assistenciais) e no Serviço de Apoio na Comunidade (consultas em ambulatório e domiciliárias) com apoio de docentes qualificados e motivados. Os docentes que participem naquela acção educativa deverão contar-se entre os melhores profissionais e cientistas vocacionados. A docência deverá ser tida como um privilégio para a Instituição (que assim garante a colaboração de profissionais de qualidade) e para os docentes escolhidos que aceitem nela participar. No Centro Médico Universitário, será desejável que o ensino da área clínica seja também desempenhado pelos médicos responsáveis pela assistência hospitalar, beneficiando de uma ampla tutela interactiva que esbata fronteiras artificiais e vise objectivos comuns: a preparação eficiente do futuro médico num ambiente de realização concreta da competência, de aptidões, da aquisição e aplicação de conhecimentos científicos actualizados, no fortalecimento de atitudes, valores e ética implícitas ao desempenho profissional.

6. O Hospital Universitário assegurará prioritariamente cuidados de saúde terciários, tendo ainda a responsabilidade de alguma assistência médica mais indiferenciada, com propósitos pedagógicos. O Serviço de Apoio à Comunidade constituirá mais uma interface entre Faculdade e Hospital, projectando-se no acompanhamento dos doentes em ambulatório e no domicílio. Neste aspecto o sector da Clínica Geral e Medicina Comunitária da Faculdade, com implantação no plano curricular da pré-graduação estaria particularmente vocacionado para colaborar naquele desempenho.

7. O Centro Médico Universitário deverá ser sempre um referencial de excelência nacional, particularmente nos domínios prioritários definidos, em funções de meios e condições criados e disponibilizados para o efeito. O fim último desses domínios será a melhoria do estado de saúde dos doentes, através de serviços qualificados que, em caso de necessidade, também sejam inovadores e tecnicamente sofisticados. A assistência médica praticada criará

um ambiente educacional inestimável para todo o pessoal docente, médico, paramédico e auxiliar que preste serviço no Centro Médico Universitário, com potencial reflexo nas motivações e aprendizagem dos alunos, bem como na qualidade técnica, compreensão, ética e caridade assistencial aos doentes.

8. O nível de excelência da assistência médica será uma consequência (natural e indissociável) da qualidade superior também conseguida na educação médica, iniciada e desenvolvida na Faculdade de Medicina.

9. A excelência da formação médica e, conseqüentemente, dos cuidados clínicos prestados no Centro Médico Universitário, deverá estar intimamente associada à qualidade da investigação (básica e aplicada) desenvolvida em todos os seus sectores operacionais.

10. A convergência dos propósitos de Assistência, Educação e Investigação requer um sistema de gestão que congregue os interesses de tutelas distintas, designadamente dos Ministérios da Educação e da Saúde, embora subordinados a critérios prioritariamente pedagógicos.

Ciclo Clínico: Ensinar Onde?*

O novo plano curricular da licenciatura em medicina iniciado para o 1º ano em 1995/96, *pressupõe que, no futuro se concretizem diferenças essenciais relativamente ao actual sistema de ensino/aprendizagem e, também, no perfil do recém-licenciado que se deseja pluripotencial*. Ambas as questões estão naturalmente associadas, tanto como uma peça de cerâmica reflecte, em grande parte, o molde utilizado pelo artesão.

Porém, há quem defenda, por convicção ou arrastamento acomodado, tese contrária. Nesta perspectiva, o perfil do recém-licenciado em Medicina não constitui problema. O sistema (tradicional) há muito que assegura a formação de gerações sucessivas de médicos que estão no activo, aparentemente sem muita razão de queixa pública. Por conseguinte, concluem, o sistema tem sido, é, e decerto continuará a ser adequado à formação de médicos competentes. Nesta ordem de ideias, bastaria ao candidato que desejasse ser médico matricular-se na Faculdade de Medicina, renovar a inscrição anualmente, e cumprir com aproveitamento o calendário das avaliações durante os seis anos do curso: o aval de competência médica ser-lhe-ia automaticamente conferido pela Faculdade de Medicina.

A fraqueza daquele argumento resulta das modificações profundas, de natureza socioeconómica e política, que se instalaram progressivamente no cenário da formação e acção médicas.

Cada vez mais os candidatos a medicina procuram a estabilidade de uma profissão (ainda) socialmente prestigiada, em lugar do mítico exercício de um sacerdócio que reparte com os mais necessitados o seu bolso de “João Semana”.

Cada vez mais os docentes procuram no ensino um complemento, em lugar da posição-chave de onde poderiam “fazer a obra da sua vida profissional”.

Cada vez mais as Faculdades de Medicina vêm sendo niveladas por critérios que lhes minimizam a posição da fonte do saber, lhes desactivam o

* NE – In: Boletim da SPEM 1995; II Série, 5(3):1-3.

sistema de pesquisa e, por isso, conduzirá à ineficiência do seu ensino e investigação e, por fim, à redução de eficácia da prática assistencial dos seus licenciados. Nesta ordem de ideias não espanta que o ensino médico venha resvalando para situações em que os alunos não têm aulas por não haver docentes disponíveis ou, em alternativa, formam “cachos” em redor de um pobre doente acamado; que os alunos não tenham espaços para aulas, por os existentes serem insuficientes ou estarem degradados e/ou desprovidos de meios educacionais; que as aulas de anatomia decorram sem cadáveres, por a legislação vigente não ser ainda extensiva à sua utilização no ensino; que alguns alunos, também por via de uma legislação que não contempla as especificidades do ensino médico, possam ser médicos quase sem terem observado, palpado e/ou auscultado qualquer doente. Estes e muitos outros absurdos inconcebíveis não podem nem devem persistir quando o que está em causa é a competência profissional de quem, como médico, decide da saúde, da vida (e da morte?) de quem o procura como paciente.

De acordo com o projecto para o novo plano curricular, o ensino do ciclo clínico reparte-se pelos três últimos anos do curso. O 6º e último ano, visa substituir o actual Internato Geral sendo por isso profissionalizante. O (ainda) aluno da Faculdade de Medicina deverá, nesse período, praticar actos clínicos sob tutela directa de um médico destacado para o efeito, em cada uma das áreas pré-definidas para exercício orientado (Saúde Pública-Clínica Geral, Obstetrícia-Ginecologia, Pediatria, Medicina e Cirurgia). Nos 4º e 5º anos do curso será o aluno preparado adequadamente para o desempenho daquela fase e da futura actividade profissional pós-licenciatura.

Recorde-se que o futuro programa curricular visa a formação de médicos pluripotenciais, isto é, com conhecimentos genéricos (mas essenciais) para o desempenho competente e indiferenciado da prática médica, mas com capacidades para ingressar em qualquer tipo de pós-graduação desejada. Para que as finalidades correspondam às intenções *todos* os alunos do ciclo clínico deverão beneficiar de preparação adequada, através de um sistema de aprendizagem por *objectivos escalonados e interligados*, a desenvolver em *cenários clínicos pedagogicamente planificados para o efeito*, com o apoio de *docentes exemplares e motivados para o ensino*. A maioria destes pressupostos, que se entendem fundamentais num sistema de formação médica eficaz, não existe ou não está a ser cumprida nas Faculdades de Medicina nacionais. Há razões para duvidar de que as causas daquelas dificuldades e desacertos estejam a merecer a devida apreciação, sistemática, por parte das Faculdades de Medicinas e dos poderes públicos que lhes superintendem.

Justifica-se aqui uma breve reflexão sobre a “preparação adequada” do futuro médico com perfil pluripotencial.

Em primeiro lugar, a preparação tem de ser *profissionalizante*; no fim do 6º, e último ano, o aluno é licenciado para prática de um conjunto pré-

-determinado de competências profissionais. Sendo assim, e tomando em consideração a delicadeza de tarefas técnicas, conhecimentos, atitudes e valores que lhe serão exigidos, há que conferir ao sistema de preparação (leia-se, de ensino-aprendizagem) os meios logísticos, técnicos e recursos (humanos e financeiros) requeridos.

De acordo com os postulados da Declaração de Edimburgo de 1988, e subsequentes recomendações internacionais e nacionais, a formação clínica deverá incidir tanto ou mais no indivíduo (ou doente) na comunidade do que em ambiente hospitalar. Esta posição é justificada por diversos motivos, designadamente económicas e técnicos. Os doentes são internados em situações extremas e passam a regime ambulatorio logo que a fase crítica está resolvida. O avanço tecnológico actual veio possibilitar o encurtamento dos tempos hospitalares, ao aumentar o rigor do diagnóstico e do tratamento.

Ambas as razões, entre outras, justificarão que síndromas mais comuns tenham virtualmente desaparecido da lista das patologias de internamento como era habitual ainda há uma dezena de anos atrás, ou mais. Por razões equivalentes, também se alterou o perfil do clínico residente dos quadros hospitalares. A especialização e sub-especialização, crescentes, das áreas de intervenção clínica tendem a reduzir o número de “generalistas” que conheciam tudo e em tudo intervinham.

A estas circunstâncias acresce o facto (cristalino) de *não haver hospitais universitários em Portugal*. Em seu lugar, existem hospitais dependentes da ARS – Ministério da Saúde, com serviços de urgência pesadíssimos e enormes responsabilidades assistenciais, frequentemente actuando como hospitais de retaguarda para doentes em fase terminal, por isso incompatíveis nos objectivos e actuações com a formação pré-graduada de futuros médicos.

Não havendo em Portugal hospitais com características genuinamente universitárias (em termos de objectivos institucionais, no tipo e gestão dos doentes internados ou em consulta externa, e no perfil dos clínicos seleccionados), onde poderá e deverá ser concretizado o ensino pré-graduado de medicina? Mais concretamente, onde podem os futuros médicos aprender sistematicamente a diagnosticar uma pneumonia, uma úlcera, uma pielonefrite? *Em que doentes, em que local e ensinados por quem?*

Pelo exposto e do que se conhece, o panorama não poderá ser mais desolador. Mais que isso, *preocupante*.

O ensino do ciclo clínico do futuro médico pluripotencial deverá ter lugar não só em enfermarias mas, também, em consultas externas (em proporção sensivelmente igual) e nas urgências. Não é o que sucede nem se antevêem planos para a modificação próxima do sistema.

Embora em escala diferente, a complexidade do sistema de formação e a eficácia exigidas assemelham-se às da formação dos pilotos aviadores. Se os alunos de pilotagem não dispuserem de aviões fiáveis, não praticarem

suficientemente as manobras fundamentais, e não havendo apoio logístico ao sistema de ensino, incluindo aqui instrutores e mecânicos competentes, será que concluirão a sua preparação com eficácia? Será que alguém, mentalmente responsável, aceita viajar num avião pilotado por aviadores sem treino? Será que alguma instituição se responsabiliza pelos estragos previsíveis? A resposta parece óbvia. E, tanto quanto se saiba, a preparação dos pilotos continua a justificar toda a atenção pública, não havendo reparos sobre a generalidade do produto formado por essas escolas.

Transpondo a questão para a formação médica, será que todos (responsáveis e intervenientes) também podem dormir com a consciência tranquila perante a eficácia (actual e previsível) do sistema de ensino/aprendizagem e o que se aguarda? A resposta também parece óbvia, ainda que de sinal contrário.

O novo plano curricular não será mais do que a continuação do actual se, essencialmente no ciclo clínico, não forem planificados e executados *de imediato* as alterações de fundo compatíveis aos objectivos pretendidos.

Na Revitalização do Tecido do Ensino Clínico*

1. Em 9 de Março passado, a Faculdade de Medicina de Lisboa (FML) ultrapassou formalmente a área em que decorre o seu ensino clínico hospitalar, ao celebrar os protocolos de afiliação com duas das mais modernas e dinâmicas unidades do Serviço Nacional de Saúde: o Hospital Garcia de Orta e o Hospital Amadora-Sintra. A presença de membros do Governo na cerimónia de assinatura dos protocolos (Ministra da Saúde¹ e Secretário do Estado do Ensino Superior²) sublinhou o significado atribuído a mais um passo na articulação institucional que agora se inicia na Faculdade de Medicina de Lisboa.

2. Em boa verdade, o ensino médico da FML baseou-se sempre em unidades clínicas afiliadas, e nem outra coisa seria possível. A diferença é que tal associação decorria naturalmente, sem grandes exigências burocráticas nem requisitos interministeriais. Foi assim até 1954, quando a FML e um conjunto de Institutos e Hospitais, na maioria localizados no perímetro do Campo de Santana, constituíam um informal “Centro Hospitalar Universitário”. Antes de 1991, também o ensino clínico decorria com mais ou menos informalidade nas enfermarias do Hospital São José. Por conseguinte, a coordenação de actividades entre as Faculdades de Medicina e as Instituições Hospitalares (e, mais tarde, outros estabelecimentos de saúde) tem sido prática corrente e indispensável ao ensino médico.

3. A partir de 1954, e por razões que se afiguravam lógicas, ficou a Faculdade de Medicina de Lisboa localizada num edifício comum ao “seu” Hospital Escolar, posteriormente desvinculado por lei, para o Ministério que veio a ser o da Saúde. E que, por via disso (e decerto para que não restassem dúvidas), passou a ser designado singelamente por Hospital de Santa Maria.

* NE – In: Agenda da FML, 1998; 80:1-2.

¹ Dr.^a Maria de Belém Roseira.

² Prof. Doutor Jorge Silva

Neste hospital central, agora desprovido do termo “escolar” (definitivamente escondido), continuou a decorrer o ensino médico pré-graduado, ou seja, o Hospital de Santa Maria continuou a ser “escolar”. E foi uma boa escola médica sem grandes atropelos nem dificuldades enquanto se mantiveram as equipas iniciais que haviam sido transferidas do Hospital de Santa Marta. Até à década de 70 não houve preocupações com vínculos contratuais nem com o rácio docente-discente. Na realidade, todos os médicos haviam sido escolhidos pelos professores que dirigiam os serviços clínicos, e todos esses médicos assumiam naturalmente a sua missão de educadores.

4. É bem conhecida a evolução subsequente do processo, em que por via de uma legislação *basista* e claramente anti-universitária, deixou de haver hospitais específicos para o ensino médico. Durante alguns anos, onde houvesse um hospital havia uma faculdade de medicina, e em cada médico havia um professor de medicina. Apesar das correcções introduzidas, nunca mais foi possível evitar um conjunto de desencontros e dificuldades de cooperação institucional entre as faculdades de medicina e as unidades do Ministério da Saúde.

5. As desinteligências verificadas justificaram a criação de mecanismos (pelo decreto-lei nº 312/84 de 26 de Setembro) que permitissem “a organização das actividades dos estabelecimentos de ensino e das instituições hospitalares e de mais estabelecimentos de saúde, bem como um sistema de articulação entre a carreira docente universitária e a carreira médica”. Posteriormente, por se julgar insuficiente a articulação por protocolos de cooperação, aquele mecanismo foi reforçado pela definição de comissões mistas permanentes (decreto-lei nº 94/91, de 26 de Fevereiro); um mês mais tarde saiu a portaria (nº 219/91 de 16 de Março) que definiu as unidades do ensino e da saúde que se articulavam entre si para efeitos de ensino médico. A Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa passou a estar formalmente articulada com o Hospital de Santa Maria.

6. Desde então a Faculdade de Medicina de Lisboa celebrou outros acordos de cooperação, primeiro com a Administração Regional de Saúde de Lisboa em 1989 (posteriormente reforçados em 1993, 1995, 1996 e 1997) quando se tornou necessário alargar o ensino clínico à vivência extra-hospitalar. Foram ainda celebrados acordos de cooperação com o Instituto de Medicina Legal de Lisboa (em 1990 e 1997), com a Escola Nacional de Saúde Pública, em 1994 e, por fim, com o Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto, em 1997, para objectivos pedagógico-científicos da pré- e pós-graduação médicas. É oportuno recordar que aqueles dois Institutos, hoje integrados em ministérios diferentes (respectivamente, da Justiça e da Saú-

de) faziam parte do *campus* universitário da antiga Faculdade de Medicina, no Campo de Santana, sendo os seus directores, implicitamente, os professores da FML que ocupavam a respectiva cátedra. O mesmo sucedera com o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, que (ainda) se mantém como unidade orgânica autónoma da Universidade de Lisboa.

7. O protocolo que a FML agora assinou com duas prestigiadas unidades hospitalares do Ministério da Saúde constitui, por conseguinte, mais uma etapa no historial da nossa instituição. Na origem desta iniciativa está a exigência de novos espaços, modelares, onde possam ser leccionadas disciplinas clínicas constantes do plano curricular. Essa necessidade começou a ser criticamente sentida em 1994/95, tendo na altura começado os primeiros contactos informais com as direcções das diversas unidades hospitalares. Com a activação do novo plano curricular a situação tornou-se premente. A reformulação havida na disciplina da Introdução à Clínica, no novo plano de estudos do 3º ano, justifica condições logísticas que o Hospital de Santa Maria já não dispõe.

8. A preparação do novo ciclo clínico está a debater-se com dificuldades muito acentuadas. Essas dificuldades advêm fundamentalmente das carências de docentes (de quantidade e com perfil recomendado), a par da inadequação e insuficiências em algumas áreas clínicas para o tipo de preparação médica que se pretende conferir. É muito insistente a chamada de atenção dos professores responsáveis pelo ensino das ciências cirúrgicas e médicas para a falta de recursos humanos e de espaços para o ensino – aprendizagem clínica das diversas disciplinas que as integram. Na prática, poderá suceder (e tem acontecido) que os alunos não tenham aulas por os seus docentes não estarem disponíveis, por não haver enfermarias onde possam caber as turmas, ou não haver equipas de urgência e/ou consultas externas que recebam mais que uma fracção mínima dos alunos interessados em aprender.

9. De acordo com o novo plano curricular, de sentido profissionalizante e conducente a um estágio clínico no 6º ano, não é admissível que somente um número restrito de alunos “esteja interessado” ou “tenha possibilidades” de aprender medicina clínica. Todos terão aprender os “mínimos” da profissão médica, conforme os objectivos específicos e a finalidade global para a licenciatura em medicina. Para que isso suceda, já a partir de Outubro do corrente ano, será necessária uma grande mudança, quer institucional, quer individual, quer de emanção governamental. Não basta assinar protocolos nem proferir algumas palavras de circunstância para que todos os problemas essenciais se resolvam num instante.

Ensinar bem requer muito trabalho, assim como aprender também requer muito esforço. Porém nem aquele trabalho de ensinar nem o esforço de aprender chegam para que a formação médica aconteça se as condições onde ela decorre não existem senão nas intenções.

10. É necessário um novo modelo, logístico e integrado. Para ensino médico. O que existe é insuficiente e ineficaz.

A Reforma do Ensino Médico também passa pela do Hospital*

1. Pode bem dizer-se que a revisão do ensino médico na faculdade e institutos públicos nacionais nasceu de um “empurrão” do exterior, foi alimentada por episódios diversos durante alguns anos e, como se havia previsto e alertado, atingiu agora a fase crítica em que se afigura oportuno citar Brechst, para desfazer a dúvida *“se é o rio que é por natureza violento ou se são as suas margens que o tornam violento oprimindo-o, no seu percurso natural”*.

2. A história da “reforma” do ensino médico nacional é bem conhecida e recontada. Infelizmente as suas consequências não têm sido bem compreendidas por todos.

3. A Declaração de Edimburgo, em Agosto de 1988, traçou caminhos, suscitou entusiasmos e dinamizou múltiplas faculdades de medicina no mundo, no sentido de lhes compatibilizar a formação médica com as necessidades das respectivas populações em cuidados médicos, prevenção da doença e manutenção da saúde. As escolas médicas nacionais posicionaram-se na primeira linha dessas intenções, tendo sido em Lisboa que, pela primeira vez na história, houve uma reunião congregando à mesma mesa os ministros da Educação e da Saúde, bem como outros altos responsáveis por diversos organismos afins de dezenas de países. Na declaração final da “Iniciativa de Lisboa”, em Novembro de 1988, ficou bem explícita a intenção política de se assegurarem recursos e condições para um ensino orientado para uma melhor assistência médica.

4. Pela evolução subsequente dos acontecimentos, e conhecendo-se a forma como as intenções e recomendações tendem a ser interpretadas pelos diversos intervenientes no processo, há razões para concluir que a “Iniciativa

* NE – In: Agenda da FML, 1998; 83:1-3.

de Lisboa” foi também a origem dos equívocos que perduram há uma década entre nós. Só agora, (por despacho do Conselho de Ministros do actual Governo) foi (finalmente) definida a necessidade “*de um plano estratégico para a formação médica e de criar condições para uma profunda reforma do ensino das ciências da saúde em Portugal*”.

5. Neste intervalo de 10 anos, houve tempo para tudo; houve sectores que anteviram entusiasticamente a possibilidade de serem atingidos (por fim) os níveis de qualidade educacional, científica e assistenciais há muito desejados, que equivalham aos dos países da união europeia; houve intervenientes que interpretaram a revisão do ensino médico como mais um episódio de calendário, em que é preciso ir mudando as folhas periodicamente; também houve partes que aplaudiram a extinção do internato geral (previsto no relatório final aprovado em 1994 pelos dois ministérios, da Educação e da Saúde), talvez na perspectiva de uma poupança não despendida das verbas destinadas aquele internato; houve ainda os que almejavam um encurtamento no tempo da formação médica, para concluir a especialização dois anos mais cedo; tem havido também (e serão a maioria) os que encaram o novo plano curricular como mais uma fonte de preocupações para o seu dia-a-dia, (já) demasiado cheio de dificuldades e de deficiências acumuladas.

6. Para que a ensino médico seja melhorado, actualizado, modificado ou, simplesmente, adaptado a objectivos definidos que visem a formação do clínico pluripotencial, não basta preparar-se um novo programa curricular, criar uma legislação adequada e acrescentar um regulamento que lhe assegure o funcionamento, para que tudo decorra como se pretende. Todavia, olhando para trás, para os dez anos passados desde a “Iniciativa de Lisboa” e da declaração de princípios então subscrita, haverá que concluir que foi esse o principal equívoco: acreditar que as ideias e as palavras se transformam, por si, em realizações concretas, sem mais, só assim.

7. É bem evidente que nestes dez anos tudo continua (quase) imutável nas faculdades e institutos públicos onde se ensina Medicina. As instalações não aumentaram nem foram sensivelmente modernizadas, os equipamentos continuaram muito aquém das necessidades mínimas das instituições congéneres no mundo em que nos inserimos, a investigação continua a ser um luxo acessível a uns quantos e vedados à grande maioria, os docentes continuam a ser contratados da mesma forma, a gestão continua a ser a de uma autonomia virtual, o pessoal não docente continua a funcionar sem reais incentivos, perspectivas ou exigências das que existem em qualquer outra repartição pública e, por fim, a verba recebida do orçamento de Estado é quase só para pagar remunerações (na FML, em 1997, consumiram 83% do total). Ou seja,

o desejo de mudança das faculdades, subscrito pelos governantes de então e sucessivamente reiterado pelos seguintes, não passou de um conjunto de intenções sem qualquer base de sustentação. A realidade logística e funcional do ensino médico continuou assente nas mesmas premissas e constrangimentos, a maioria dos quais ainda hoje sem soluções à vista.

8. Talvez que a origem principal de todas as dificuldades esteja na falta de comunicação e, por isso, no incompleto entendimento recíproco que tem havido entre os diversos intervenientes e responsáveis pelo ensino médico em Portugal. O anúncio de um plano estratégico para a formação médica, a par com as diversas comissões e grupos de trabalho sucessivamente designados pelo actual Governo, na sequência da reunião de Caparide, trazem novo alento e esperança a um “campo de culturas mal aproveitadas, nuns casos por falta de adubo, noutras por pragas de gafanhotos e noutras por falta de trabalhadores esforçados e/ou capazes”.

9. Fundamentalmente, exige-se que as faculdades de medicina sejam responsáveis por um “produto” (educacional), que é o futuro médico. Para tal, as faculdades de medicina dispõem de 6 anos para transformarem um adolescente cheio de motivações e entusiasmo num médico responsável pela vida e pela morte de todo e qualquer cidadão a que ele tenha de prestar cuidados (ditos) de Saúde. Não é verdadeiramente uma tarefa fácil, quer em termos de preparação intelectual e técnica de profissionais competentes e responsáveis, quer na formação humanista que se exige de qualquer médico. Os doentes, em particular, esperam competência, compassividade, apoio e uma solução eficaz por parte do clínico que os atende, seja na urgência, na consulta ou na enfermaria. E para que estas atitudes existam e estejam implícitas no acto médico, é (reconhecidamente) preciso cultivá-las, aprendê-las dia-a-dia de médicos experientes que sirvam de modelo aos mais novos, que estejam disponíveis e interessados, que gostem de ensinar, enfim, que possam ser tutores (ou genericamente, docentes) de “corpo e alma”. Este ensino “empático” tem de ser iniciado no primeiro ano do curso e ser intensificado, muito em particular, a partir do 4º ano em diversos cenários e tipos de unidades clínicas.

10. Por conseguinte, para que as faculdades de medicina sejam eficazes no que lhes é exigido (pelos governantes, pela sociedade, pelos doentes que precisam de médicos competentes) necessitam também de instalações hospitalares, de centros de saúde, de doentes, e de todo um ambiente clínico onde possam efectivamente aprender com a realidade, em que se incluem diversos grupos profissionais. Porém, aprender com a realidade não significa aprender em cenários terceiro-mundista nem com actores que já estiveram, ainda não

chegaram ou não conhecem e/ou nem lhes interessa o papel a que são chamados a representar. Também não interessam quase só situações de ênfase oposta, que privilegiem os claustros de especialização quiçá excelentes para a pós-graduação mas excessivas para a aprendizagem pelos futuros médicos, que são os alunos do ciclo clínico.

11. O ciclo clínico é pois o culminar de uma formação (médica) complexa, exigente, cansativa e, essencialmente, dependente de bons modelos de funcionamento técnico, organização e vivência humana, que se requerem do pessoal e dos cenários de acção assistencial. Todavia, a funcionalidade e os objectivos dessas unidades circunscrevem-se aos ditames dos organismos assistenciais que orientam as valências clínicas prioritárias, o perfil dos profissionais mais convenientes, designam os seus dirigentes e fazem aprovar os seus quadros profissionais. Isto é, o regime funcional e os objectivos das hospitais e de outras unidades assistenciais com responsabilidades (protocoladas e sob dupla tutela) no ensino médico são, em tudo, idênticas às de que quaisquer outros hospitais e unidades assistenciais sem essas responsabilidades. Por outro lado, o número de doentes recebidos e atendidos diariamente pelos principais hospitais escolares do País é um desafio à imaginação. Na realidade, depois destes hospitais de “fim de linha”, nada mais resta (no sistema público) aos que aí procuram, em desespero de causa, soluções para os seus males ou angústias. Nestas circunstâncias, é natural que os hospitais centrais com serviços de urgência aberta a largas áreas populacionais se assemelhem bastante (e há muitos anos), a hospitais pós-catástrofe. Tendo em conta a realidade vivida nestas unidades de saúde, em que a pressão sobre os serviços de emergência acaba por se reflectir negativamente no funcionamento global, é um truísmo a falta de espaços para ensinar jovens médicos e, inclusivamente, a rarefacção de doentes apropriados a esse ensino, em contraste com o peso das patologias oncológicas e cardiovasculares, ou das complicações geriátricas, que aí se acumulam.

12. Estando os hospitais e unidades de saúde onde decorre o ensino médico totalmente dependentes dos objectivos e orientações do Ministério da Saúde, e sendo essas unidades funcionalmente idênticas a quaisquer outras que não têm ensino médico, são, pela lógica, inevitáveis algumas conclusões potenciais:

- (a) As faculdades de medicina não podem assumir a responsabilidade pelo ciclo clínico do curso de licenciatura, já que não têm qualquer intervenção na gestão nem na funcionalidade dos hospitais e unidades de saúde onde decorre o ciclo clínico;

- (b) Poderá suceder que o ensino médico no ciclo clínico seja “qualquer coisa” que decorre nos intervalos virtuais das actividades clínicas e em perfeita sobreposição com intervenções cirúrgicas, observações e tratamentos de emergência, e um sem-número de outras responsabilidades a que docentes-clínicos estão contratualmente e eticamente vinculados às unidades de saúde;
- (c) Na dependência da hipótese anterior, aprenderá quem quer e quem memorizar bem os conhecimentos, comodamente instalado em casa, dispensando a aprendizagem junto aos doentes (sistemática e orientada por docentes), e a vivência de atitudes e valores que configuram a formação médica desejável;
- (d) O ciclo clínico, além de médicos teóricos, poderá limitar-se quase só a preparar desconhecedores das perícias, gestos, atitudes e um sem-fim de responsabilidades e capacidades que têm de se adquirir e exercer, sem prejudicar terceiros.

13. Com as devidas proporções, aprender Medicina é como aprender a ler ou aprender a conduzir. A fonética, a escrita e a sintaxe têm de ser bem conhecidas e praticadas para que daí não resultem erros e deficiências diversas, entre as quais, de entendimento e intercomunicação. E, também, quem pretenderá ser transportado num avião cujo piloto aprendeu a voar através manuais de instrução? Todavia, mal comparado, é o que poderá suceder com o ensino médico entre nós, quer no presente quer no âmbito da revisão curricular que vai agora alargar-se ao ciclo clínico.

14. Para que as faculdades de medicina sejam efectivamente responsáveis pelo ensino médico pré-graduado, em particular pelo ciclo clínico, urge medidas que alarguem a sua intervenção directa aos hospitais e unidades de saúde onde decorre essa formação. A reforma do ensino médico passa por isso, e também, pelos hospitais e unidades de saúde com responsabilidades definidas nesse ensino. É tempo para pensar e desenvolver um novo modelo, em que todos os espaços e pessoas afectas a actividades de ensino e assistência médica coexistam, actuem e colaborem em actividades convergentes. Com a recente criação, no âmbito do Ministério da Educação e da Saúde, do grupo de trabalho que procederá à avaliação das necessidades e à definição de um plano estratégico para a formação médica, em que se inclui a articulação entre as instituições de saúde e as de ensino médico, há motivos para ter esperança na criação desse novo modelo de interacção, formação e acção.

É Tempo para um Novo Paradigma de Formação Médica*

O fim do século XX significou também uma profunda mudança no modo como se passou a entender a Educação Médica e a sua prática clínica, na generalidade dos países mais desenvolvidos. Assim, a contrapor à Medicina aprendida e exercida mais como *arte* do que como *ciência*, que caracterizou o princípio do século, existe hoje um paradigma educacional e profissional claramente distinto.

A partir dos anos 50, e na aceleração progressiva que se acentuou nas últimas duas décadas, as escolas médicas começaram a registar dificuldades no financiamento dos seus programas essenciais, na renovação das estruturas e dos equipamentos e, em particular, na capacidade de assegurarem meios para a pesquisa científica. A par desta erosão nos recursos, tradicionalmente assegurados pelos governos, assistiu-se a uma continuada modificação nas atitudes, individuais e institucionais. O ambiente da aprendizagem perdeu qualidade humana e, em sequência, também os valores e comportamentos profissionais que substanciam a Medicina foram sendo postos em causa, quando não minimizados. Na realidade, quer a educação quer a profissão médica foram recebendo os múltiplas influências, políticas, sociais e culturais de cada época, todavia nem mais nem menos do que sucedeu com outras corporações estruturantes da sociedade. Porém, o que torna a diferença mais chocante, para alguns observadores e médicos mais tradicionalistas, será o contraste aparente entre os valores hipocráticos que fundamentaram a Medicina através de milénios e a realidade que se instalou nas últimas décadas, em que as leis do mercado e a liberalização económica, crescentes nas sociedades contemporâneas industrializadas, vieram condicionar a forma como se passou a aprender e a exercer a Medicina.

As modificações registadas no ensino e na profissão médica em Portugal ao longo do século XX não atingiram as repercussões referidas naqueles países. São de registar, porém, algumas semelhanças conceptuais curiosas e paralelismo temporal até aos anos 50. A “reforma flexneriana” da educação

* NE – In: Boletim da SPEM 2000; 10 (3): 1-3.

médica, desencadeada em 1910 com a publicação do relatório “*Medical Education in the United States and Canada*”, por Abraham Flexner, coincidiu com a criação das Faculdade de Medicina de Lisboa e do Porto, a par com a instituição, a nível nacional, de um programa curricular conceptualmente semelhante ao que fora proposto por Flexner e estava a ser introduzido nas escolas norte-americanas. É hoje reconhecida a extraordinária influência que teve a inclusão das ciências básicas no currículo médico, na origem do grande desenvolvimento subsequente da medicina científica nas décadas seguintes: Iguualmente na mesma época ocorreu a fundação de hospitais escolares que, em Portugal, tiveram como expoentes o Hospital da Universidade de Coimbra, o Hospital de Santo António, no Porto, e o Hospital de Santa Marta, em Lisboa e, posteriormente (embora somente no projecto e enquanto estiveram em construção), os Hospitais de Santa Maria, em Lisboa, e o de São João, no Porto.

Na perspectiva norte-americana, nenhum outro factor terá sido mais importante para o desenvolvimento e feitos da prática médica do que os hospitais escolares e as escolas médicas, inter-associadas sob a designação consagrada de *Academic Health Centers*. Deste sistema, servido por uma regulamentação objectivada para uma missão convergente, resultaram médicos eficientes, um imparável desenvolvimento de novos conhecimentos científicos e práticas clínicas, e uma concepção pragmática da assistência médica integrada, sem sobressaltos enquanto não sobrevieram constrangimentos económicos.

Também entre nós os hospitais escolares estiveram na origem de progressos relevantes que marcaram uma “época de ouro” da medicina portuguesa, em que se inclui o único (até hoje) prémio Nobel da Medicina atribuído a um médico nacional, o Professor Egas Moniz. Todavia, como é próprio das sociedades acrílicas e desprotegidas dos interesses *oportunistas* dos seus membros e terceiros, à crónica falta de financiamento aliou-se a ideia de que os hospitais escolares não eram justificáveis pois que o ensino clínico poderia decorrer, sem inconvenientes, em qualquer hospital indiferenciado. E, por via deste raciocínio, extraordinariamente bem interiorizado por sucessivas gerações de governantes de todos os partidos políticos que estiveram no poder desde o início dos anos 50, o ensino médico em Portugal nunca atingiu (nem poderia) o desenvolvimento e o progresso alcançados em poucas décadas noutros países. E, enquanto só ao aproximar-se o fim deste século foram evidenciados os primeiros sinais de turbulência nos *Academic Medical Centers* norte americanos (que até então, haviam funcionado exemplarmente), em Portugal quase não houve tempo para testar a eficácia das Faculdades de Medicina associadas a Hospitais Escolares, devido ao rápido *escamoteamento* político dos hospitais escolares da cena da formação médica nacional.

As múltiplas tentativas de revisão do problema, no sentido de repor a eficiência perdida e, também, a melhoria qualitativa e tecnológica da medicina praticada a nível nacional, o aumento da “massa crítica” médica e a implantação de uma organização nacional e eficaz de distribuição de cuidados médicos a toda a população, têm esbarrado ao longo dos últimos 50 anos com a indiferença, com o desconhecimento dos problemas *e/ou* com a incapacidade para se compreender o que está em causa.

Por via desta resistência em ouvir as instituições e os grupos médicos representativos, sucessivos governos contribuíram activamente para a erosão em que se encontra o ensino médico nacional e, também, o sistema de prestação de cuidados da saúde, que tantos protestos vêm suscitando no presente.

Na transição para o século XXI as Faculdades de Medicina nacionais carregam um pesado fardo de dificuldades e de situações por resolver. Uma coisa é certa: se essas dificuldades não forem ultrapassadas e os problemas existentes resolvidos, as repercussões agravarão inevitavelmente as deficiências actuais (de qualidade e de capacidade) de resposta a todo o nível dos cuidados de saúde.

Quando um sistema deixa de responder às solicitações, há lugar para inovar, para se procurarem novas soluções. Para Thomas S. Kuhn, em *“The Structure of Scientific Revolution”*, a revolução do pensamento científico ocorre nos momentos de desintegração do processo tradicional, por isso a requerer reformulação. Há razões suficientes para admitir que chegou o momento para novas soluções e um novo paradigma, também entre nós.

Hospitais Universitários*

Características exigíveis para uma formação clínica modelar

1 – A formação médica pré-graduada é uma responsabilidade específica das Faculdades de Medicina. Incumbe-lhes organizar e desenvolver o programa de formação geral profissionalizante dos futuros médicos, preparando-os ainda para as etapas subsequentes da educação médica pós-graduada, em particular para a educação contínua ao longo de toda a vida profissional.

2 – Os objectivos, conteúdos e valores que impregnam a formação médica pré-graduada têm raízes milenares, obedecendo ainda a recomendações educacionais e a códigos profissionais, nacionais e internacionais, inalienáveis e de aceitação indiscutível. Nesta perspectiva, a formação e o exercício da profissão médica não poderão ser condicionados por exigências ou constrangimentos que reduzam o *ethos* e a *praxis* médicas.

3 – Para cumprimento qualificado do desiderato anterior, as Faculdades de Medicina têm de dispor de instalações, equipamentos e recursos (humanos e financeiros) à medida dos objectivos e necessidades pré-estabelecidos.

4 – Enquanto as Faculdades de Medicina forem instituições públicas, cabe ao Estado providenciar na criação e atribuição de condições estruturais e funcionais imprescindíveis para que aquelas instituições cumpram a sua razão de ser: formação de médicos pluripotenciais competentes para a prestação de cuidados de saúde adequados à população.

5 – Cabendo também ao Estado zelar superiormente pela saúde dos portugueses, conferindo-lhes o direito de acesso aos serviços prestadores de cuidados de saúde, a serem assegurados por médicos de competência comprovada, constituirá natural desejo do Estado que os serviços de saúde e os médicos que neles trabalham tenham a qualidade pretendida.

* D – In: “Análise e Propostas Sobre um Projecto de Diploma para Hospitais Universitários”, Dezembro de 2003.

6 – Tendo em atenção que os médicos ocupam, por natureza da sua formação, uma posição central entre os profissionais que asseguram a qualidade e competência dos serviços de saúde prestados às populações, constituirá natural intenção do Estado que a formação médica pré-graduada disponha de plenas condições para uma aprendizagem clínica das exigências profissionais, imediatas e perspectivadas, além da preparação para constante adaptação, aperfeiçoamento e especialização ao longo da vida profissional de cada clínico.

7 – O Ministério da Saúde por ser o “empregador” quase exclusivo dos médicos portugueses, por ter a responsabilidade directa pela disponibilização de cuidados de saúde de qualidade às populações e por ser o principal responsável pelo pagamento dos encargos inerentes, será porventura o principal sector governamental interessado em que a formação médica pré-graduada e, particularmente, a formação clínica basilar dos médicos portugueses, que incumbe às Faculdades de Medicina, disponham das condições estabelecidas pelas instituições que têm legítimas e directas responsabilidades na formação e no exercício profissional da Medicina. De acordo com o exposto, e para cumprimento daquelas responsabilidades, a aprendizagem clínica pré-graduada que incumbe às Faculdades de Medicina públicas requer a indispensável comparticipação do Estado e, em particular, do Ministério da Saúde.

8 – A formação médica pré-graduada em unidades de saúde tem de conciliar três propósitos indissociáveis: ensino, assistência e investigação. Nesta perspectiva, as unidades de saúde onde decorre a aprendizagem clínica representam o braço clínico das Faculdades que lhes permite formarem médicos com prática clínica e não só teórica. Para as Faculdades de Medicina, as enfermarias hospitalares e as unidades clínicas extra-hospitalares (p. ex., os centros de saúde) são os *laboratórios* disponíveis para a aprendizagem clínica. Sem esses laboratórios, sem essas enfermarias não é possível aprender a estar e a fazer, donde não há aprendizagem consentânea com a formação médica exigível.

9 – Considerando, porém, que a formação pré-graduada da Medicina em serviços de saúde é uma componente muito especial, sobreposta à actividade assistencial desses serviços (substancialmente diferente da formação profissional em exercício) que requer interesse e capacidade formativa por parte dos formadores e, em particular, tempos de actuação separados (para a formação e para a prestação de cuidados assistenciais) por esses formadores, há a concluir que as unidades de saúde adstritas à formação médica pré-graduada (sejam estas hospitais ou centros de saúde) se diferenciam, no seu governo e na sua actuação, das restantes outras unidades de saúde que não participam na formação pré-graduada de Medicina.

10 – As unidades de saúde adstritas à formação médica pré-graduada e, em particular, à aprendizagem clínica da profissão, dependem de uma profunda sinergia das intenções e concretizações por parte dos ministérios que partilham responsabilidades naquela formação, para que a aquisição de conhecimentos, a preparação prática e a interiorização dos valores da profissão médica decorram em condições exemplares de excelência, profissionalizante e académica.

11 – Para que a formação médica pré-graduada e, particularmente, para que a preparação clínica seja desenvolvida no sentido de uma aprendizagem consistente naquelas unidades de saúde de excelência, desejavelmente modelares, haverá que dotá-las de um estatuto próprio que tenha em atenção as características formativas de cada Faculdade de Medicina e as tradições que as impregnam. Nesta perspectiva, é desejável que o estatuto das unidades de saúde seja harmonizado com o modelo de formação adaptado por cada instituição de ensino médico, tal como se verifica a nível internacional.

12 – É tradição antiga da Faculdade de Medicina de Lisboa, e das instituições que estiveram na sua origem, do século XV ao século XIX (Hospital de Todos os Santos, Escola Régia de Cirurgia e Escola Médico-Cirúrgica) conferir uma formação clínica com grande componente prática. Aquela tradição foi consubstanciada no Hospital Escolar de Santa Marta (governado directamente pela Faculdade com autonomia e personalidade jurídica próprias e independente) e teve continuidade no Hospital-Faculdade inaugurado em 1953 na cidade universitária (no qual a Faculdade ficou desprovida das anteriores capacidades directivas). Com o tempo e sucessivas modificações regulamentares, emanadas por ministérios de tutelas diferentes, o Hospital de Santa Maria, que tem sido a unidade hospitalar nuclear da Faculdade de Medicina de Lisboa, evoluiu para um patamar de cuidados de saúde diferenciados e processos de gestão integralmente dependentes do Ministério da Saúde. No momento, aquele hospital nuclear carece de condições para a formação clínica exigível pela Faculdade de Medicina de Lisboa. Não é desejo da Faculdade que a situação se mantenha, por ser uma grave perda na elevada qualidade da formação médica, que tem sido responsabilidade e orgulho da instituição.

13 – A última reformulação do programa curricular (induzida por recomendações internacionais e determinada pelo Governo entre 1988 e 1998) visava conferir uma formação multipotencial aos futuros licenciados em Medicina, pela aquisição de competências e perspectivas profissionais mais consentâneas às exigências da sociedade contemporânea. A partir de 2000-2001 todos os médicos que concluíram o curso da Faculdade de Medicina

de Lisboa, terminaram a sua formação com um estágio clínico profissionalizante de grande qualidade e utilidade prática.

14 – Para acomodar o crescente aumento da população escolar em cenários de aprendizagem clínica mais adequados ao novo programa curricular, a Faculdade de Medicina de Lisboa viu-se forçada a adoptar um novo figurino de formação clínica, projectada para além dos muros do seu hospital nuclear. O modelo criado abrange um vasto número de outras unidades hospitalares associadas, por via de protocolos de colaboração estabelecidos no devido tempo. Paralelamente, foram aumentadas as possibilidades de aprendizagem, em Centros de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Madeira e Açores.

15 – A formação, médica pré-graduada da Faculdade de Medicina de Lisboa e, em particular, a sua formação clínica hospitalar, deverá ser enquadrada e sustentada por um modelo que assegure a diversidade da formação sob a responsabilidade da Faculdade, dê acesso a uma ampla variedade de doentes e situações clínicas e possibilite o apoio acompanhando de formadores médicos, com interesses académicos reconhecidos e competências profissional exemplar. Esse modelo tem de basear-se num hospital nuclear (em que existam todas as valências clínicas previstas para a formação clínica nuclear da pré-graduação, em ambiente hospitalar) e em diversos hospitais associados, para complemento logístico do elevado número de aluno existentes e de uma aprendizagem prática mais generalista.

16 – De acordo com esse modelo e especificidades inerentes à formação clínica, haverá a considerar dois tipos de estatuto de participação hospitalar, um mais consentâneo com o do hospital universitário (ou hospital nuclear), cabendo o outro às unidades de saúde em que decorrem as actividades de ensino-aprendizagem complementar (hospitais associados). A aprendizagem clínica da formação médica pré-graduada poderá ser adstrita a serviços com estatuto de clínica universitária (hospitais nucleares) e em clínica universitária associada (em hospitais associados) a ser reconhecido em primeiro lugar por cada Faculdade. Adicionalmente, deverá ser entendido ensino clínico todo o tipo de actividade formativa com as características lectivas, dos primeiros cinco anos do curso. A formação tutelada do estagiário clínico pressupõe uma formação em exercício com participação activa do estagiário no desenvolvimento das actividades assistenciais, sendo por isso equivalente à do actual internato geral.

17 – Enquanto o hospital universitário (nuclear) se caracteriza por um conjunto de clínicas universitárias modelares, em que se incluem algumas

das valências fundamentais para a formação clínica pré-graduada, articuladas entre si para um projecto comum (assistência, ensino e investigação) e enquadrado na missão da Faculdade de Medicina, as unidades associadas disponibilizariam um número mais restrito de enfermarias, igualmente modelares, para complemento de uma formação médica mais generalista. As unidades associadas teriam de actuar, para efeitos de ensino e investigação, em articulação com os objectivos e programa formativo da Faculdade de Medicina, tendo por isso o estatuto de unidades associadas ao ensino. Nem todos os serviços de especialidade clínica do hospital universitário ou associados são nucleares, pelo que, quando necessário, poderão ter estatuto de unidades associadas.

18 – As características de ambos os tipos de hospital, assim como as das clínicas em que é ministrada a formação de clínica requerida para o médico pluripotencial, justificam naturais diferenças em infra-estruturas, apetrechamento, recursos (financeiros e humanos) e responsabilidades institucionais na gestão, por parte da Faculdade e das unidades hospitalares.

19 – A excelência da formação pretendida não se compadece com o recrutamento indiferenciado de médicos sem aquelas qualificações nem interesse. Nessa perspectiva, a Faculdade de Medicina deverá ter uma acção determinante no recrutamento dos médicos das clínicas universitárias pré-definidas do seu hospital nuclear, os quais, além de competência clínica, teriam de demonstrar interesse e capacidades formativas superiores. Por via desta exigência, os médicos das unidades universitárias devem ser recrutados por critérios, simultaneamente, assistenciais e académicos.

20 – Por sua vez, a intervenção da Faculdade nos outros serviços clínicos cooptados para o ensino não nuclear / especializado, limitar-se-ia à escolha das unidades clínicas com condições e interesse em colaborar na formação pós-graduada.

21 – Para que a formação clínica pré-graduada decorra harmoniosamente e de forma a ser cumpridos os objectivos pré-estabelecidos, a Faculdade deverá ter participação activa na co-gestão das clínicas universitárias que participam naquela formação.

III – PROJECTO DA REFORMA CURRICULAR DA FML

7 – Formação de docentes

Doutoramentos em Medicina pela FML: Ilações e Perspectivas*

Preâmbulo

O progresso científico e educacional das instituições universitárias é indissociável da renovação e valorização dos seus docentes e investigadores. As provas de doutoramento são, no contexto, uma etapa fulcral e indispensável, quer para os doutorandos quer para as Faculdades: aqueles, porque se obrigam a investigar e a defender as suas ideias pelos resultados obtidos; estas, por disporem de critérios de aferição das qualidades superiores e capacidades criadoras e culturais dos seus docentes. O doutoramento – confirme ou não factos conhecidos ou venha a divulgar resultados inéditos, deverá ter valor intrínseco – que potencialmente defina a transição da subalternidade científica dos doutorandos para a autonomia relativa dos novos doutores. Este estatuto será a consagração pública da inteligência, imaginação, persistência e capacidade crítica dos novos doutores, de que dependerá o futuro da Universidade e, afinal, o progresso da sociedade em que se insere.

Haverá mecanismos institucionais para preservar o sistema de desvios indesejáveis, evitando que os doutoramentos possam perspectivar mediocridades pessoais ou de grupo, ou sirvam objectivos oportunistas de natureza social ou económica, pela utilização avulsa de dados científicos.

A situação em Medicina

A tese de doutoramento em Medicina não se afasta daqueles padrões genéricos. É pressuposto que se assuma como doutrina científica credível, que dignifica quem a elabora e a instituição que, directa ou indirectamente, a possibilita.

O regime de doutoramentos em vigor na Universidade Portuguesa foi definido pelo Decreto-Lei n.º 388/70 de 18 de Agosto. Entre os objectivos

* D – In: Boletim da FML 1992; Série III, (4): 66-67.

traçados, era pretendida a simplificação dos processos e do tipo de provas, conducentes ao aumento do número de doutoramentos no País, então considerado muito baixo. Em apoio desta conclusão eram citados, no preâmbulo do Dec-Lei, os 18 doutoramentos realizados nas Universidades metropolitanas em 1968-1969, acrescendo 168 que haviam sido concretizados entre 1960 e 1968.

Na orgânica definida para as provas, a dissertação de doutoramento deveria "...ser original e especialmente escrita para o efeito" (alínea 1, artº 8º), embora admitindo "... ..o aproveitamento, total ou parcial de resultados de trabalhos já publicados, mesmo em colaboração..." (alínea 2, artº 8º). Além da dissertação, foram previstas provas complementares, entre três tipos de opção à escolha dos júris.

O legislador admitia que o número de doutoramentos viesse a ultrapassar "largamente as necessidades do ensino superior, de modo que o excedente pudesse desempenhar papel relevante no desenvolvimento sócio-económico, ocupando postos de administração, de investigação ou outros, no sector público ou no privado".

Mais de vinte anos passados sobre a publicação do Dec. Lei nº 388/70, há a concluir que a média anual de doutoramentos pela Faculdade de Medicina de Lisboa não registou modificações muito sensíveis. A contrapor aos escassíssimos 2,3 doutoramentos anuais entre 1934 e 1959, e aos 4 por ano na década que antecede o actual regime de provas, passa-se para quase o dobro destes últimos valores entre 1980 e 1989 (Tabela 1). O aparente significado estatístico da década de 80 é, contudo, minimizado pela realidade dos números: 5,9 doutoramentos/ano continua a ser um quantitativo muito aquém do desejável para uma Faculdade, que se pretende dinâmica e renovadora. No total de 56 anos a Faculdade de Medicina de Lisboa ficou-se pela insignificância de 3,7 doutoramentos/ano, 74% dos quais na área das ciências clínicas.

Numa apreciação sectorial das áreas de origem das teses de doutoramento, as clínicas tiveram sempre destacado predomínio, como seria previsível e é natural. Isso não oculta, porém, que na década de 80 tivesse havido apenas mais 6 doutoramentos em ciências clínicas do que nos 10 anos anteriores. Por conseguinte, o elevado valor percentual de doutoramentos nas áreas clínicas é uma consequência directa do baixo número de provas concretizadas nas áreas básicas e, sobretudo, nas pré-clínicas. Nestas, a situação é manifestamente grave, após redução progressiva desde 1934, que culminou com 2 doutoramentos/ano na última década, Entretanto, a área das ciências básicas pouco melhor está, com pouco mais de 1 doutoramento/ano na mesma década, e cerca de 0,5/ano nas duas décadas anteriores.

Tabela 1 – Doutoramento em Medicina pela Universidade de Lisboa entre 1934 e 1989

	1934-1959	1960-1969	1970-1979	1980-1989	Totais (1934-1989)
Totais	60	40	49	59	208
Produção média anual	2,3	4,0	4,9	5,9	3,7
Distribuição:					
Área das Ciências Clínicas	39 (65,0%)	28 (70,0%)	40 (81,6%)	46 (78,0%)	153 (73,6%)
Área das Ciências Pré-Clínicas	7 (11,7%)	6 (15,0%)	3 (6,1%)	2 (3,4%)	18 (8,7%)
Área das Ciências Básicas	14 (23,3%)	6 (15,0%)	6 (12,3%)	11 (18,6%)	37 (17,8%)

Causas possíveis

O desequilíbrio na produção de teses de doutoramentos, que acentua a escassez dos novos doutores nas áreas não-clínicas, deverá ser atribuído a duas razões conjunturais.

Uma consiste no baixo investimento em equipamentos e verbas para consumo em trabalhos experimentais, o qual tem sido a tônica dominante nos orçamentos disponibilizados para as Faculdades de Medicina, em particular, e para as Universidades em geral. Salvo raras e recentes excepções de investimento localizado, protagonizada pelo mecenato ou pelo Programa Ciência, as verbas que têm “sobejado” à FML do pagamento dos ordenados não se diferenciam dos exíguos 8,5% previstos no orçamento de 1992 para funcionamento e, também, para o financiamento da investigação científica, em que, naturalmente, se incluem as teses de doutoramento.

A segunda justificação será também económica, mas aqui a nível individual. É indubitável que a quase inexistência de doutoramentos em Medicina nas áreas não clínicas – tendo como padrão de referência o que seria desejável numa Instituição Universitária contemporânea – está intimamente relacionada com os limitados atractivos económicos proporcionados pela carreira universitária em dedicação exclusiva, senão mesmo a tempo integral. Os candidatos que pretendam enveredar pela carreira universitária nas áreas não-clínicas deparam com restrições económicas constantemente (muito) abaixo dos colegas que optaram pela actividade clínica na mesma fase de formação médica. Daqui têm resultado dificuldades acrescidas de recrutamento de docentes pelas disciplinas não clínicas, a par da natural rarefacção de doutoramentos entre os docentes de carreira da mesma área.

Relativamente à FML – e, talvez também, às restantes Faculdades de Medicina nacionais – é de prever que a presente década não traga modificações sensíveis nem no total de doutoramentos nem na reduzida fracção

oriunda das áreas não-clínicas. A não haver alteração das perspectivas institucionais, e mantendo-se a rarefacção dos concursos para docentes das áreas não-clínicas, será mesmo difícil atingir o número de doutoramentos conseguidos para 1980-1989 naqueles sectores.

O envelhecimento natural e a jubilação próxima de um número significativo de doutorados em exercício, conjugando-se à virtual ausência de novos doutoramentos em Medicina por docentes das disciplinas não-clínicas, estarão na ordem de uma crise grave, tendencialmente conduzindo à extinção funcional de sectores vitais do ensino médico.

Soluções possíveis

Face a este panorama pessimista, mas que não deixa por isso de ser menos verdadeiro, há que encontrar outras soluções, umas académicas outras (a maioria) de natureza política.

Começando pelas últimas, é incontestável a necessidade de uma correcção nas perspectivas oferecidas aos candidatos a uma carreira universitária em dedicação exclusiva, em conjunto com as possibilidades contratuais acessíveis por via extra-universitária. É ainda naturalmente indispensável que as instituições sejam superiormente providas de meios e estruturas que possibilitem a diferenciação cultural, a valorização individual e, por consequência, um superior rendimento global, a bem do serviço público.

As instituições poderão, por seu lado, promover alternativas que favoreçam a revitalização das áreas não clínicas e, em simultâneo, valorizem os doutoramentos em medicina dos candidatos das disciplinas clínicas. Exigir a estes candidatos que efectivem treino experimental e executem trabalhos laboratoriais no âmbito das ciências básicas ou pré-clínicas, desde que directamente relacionados com o tema das suas teses de doutoramento, afigura-se uma solução vantajosa para os candidatos e para as Faculdades. Requer contudo perfeita integração estrutural, funcional e de objectivos inter-institucionais, habitualmente presentes nos hospitais universitários.

A dispensa de funções hospitalares por um período de tempo equivalente a uma fracção do internato médico, em regime de bolsa de estudo, permitiria aos doutorandos das áreas clínicas, que o desejassem, desenvolver trabalhos de investigação básica. Estes produtos teriam reflexos indubitáveis no progresso institucional e, em particular, na revitalização das áreas não-clínicas, podendo inclusivamente estar na origem da renovação parcial dos quadros científicos destes sectores.

Em conjunto, as medidas referidas conduziriam a FML a uma posição avançada de conhecimento científico e de capacidade médica, própria das instituições de prestígio.

Formação Pedagógica dos Novos Docentes*

1. Sob a égide do Conselho Científico, então presidido pelo Prof. Pinto Correia faz agora precisamente 10 anos, foi criado o *Gabinete de Estudos Pós-Graduados GEPOG*) que teve como primeiro coordenador o Prof. Carlos Ribeiro. Entre os principais objectivos do GEPOG estava “a Pós-graduação e a Educação Contínua e, ainda, o lançamento de programas supletivos tendentes a rectificar erros e a preencher lacunas de Ensino pré-graduado, nomeadamente em áreas multidisciplinares” (Boletim da FML nº 28, Novembro 1987).

2. O empenhamento da FML (à data dirigida pelo Prof. Torres Pereira) no fomento da educação médica teve um momento alto em 1993, com a definição do *Departamento de Educação Médica DEM*). Concebido como estrutura de apoio técnico da FML, a primeira do género a ser criada no âmbito das Escolas Médicas Portuguesas, o DEM (desde o início sob a direcção do Prof. Gomes Pedro), além de incluir os propósitos inicialmente enunciados para o GEPOG, “perspectiva o desenvolvimento das competências de profissionais da Saúde e, sobretudo, dos docentes da FML, na área da Educação aplicada às Ciências Biomédicas e aos domínios científicos complementares da Saúde, num projecto integrado e integrante da Escola, visando o progresso conjunto em Saúde e Educação”.

3. No prosseguimento de estratégia traçada em Outubro de 1995, começou a ser leccionado pela FML, no âmbito das actividades programadas pelo DEM, o *1º Curso de Mestrado em Educação Médica*, sob responsabilidade científica e pedagógica conjunta da FML e da Universidade de Wales. Dos 20 mestrandos que iniciaram o curso, 17 eram (e são) docentes da FML, na generalidade das áreas clínicas. Os mestrandos que concluíram a parte curricular acabam de receber, no V Encontro da FML, o diploma do Curso da Especialização em Educação Médica, outorgado pelas Universidades de Lis-

* NE – In: Agenda da FML, 1997; 70:1-2.

boa e Wales. Segue-se em futuro próximo a apresentação das respectivas teses de mestrado em Educação Médica.

4. A modificação do plano de estudos da licenciatura em Medicina, iniciado para o 1º ano em 1995/96, abrange em 1997/98 o 3º ano do curso, estendendo-se para o ciclo clínico a partir do próximo ano. Numa perspectiva global, a revisão curricular repercutir-se-á significativamente nos conceitos, metodologias e resultados pedagógicos. De acordo com as recomendações da Comissão Interministerial para a Revisão do Ensino Médico, o 6º ano do novo plano curricular da FML será desenvolvido integralmente como exercício profissionalizante e orientado da Medicina. Naturalmente que os anos clínicos que o antecedem terão de ser estruturados de modo distinto do actual, não só quanto aos conhecimentos, capacidades e desempenhos a desenvolver mas, igualmente, também, quanto aos cenários em que o ensino vai decorrer e ao perfil dos formadores que lhes é afecto.

5. O local de ensino clínico é, de momento, um problema mais crítico, pois que o existente não satisfaz. Por outro lado, as características estruturais e funcionais do que era o Hospital Escolar de Santa Maria, em 1953 (e a partir de 1960 designado somente Hospital de Santa Maria) não reúne condições para o tipo de ensino à cabeceira de docente, em que o aluno é, por vezes, mais um estorvo indesejado do que uma mais-valia institucional que incumbe acarinhar, acompanhar e estimular.

6. Perspectivam-se no horizonte soluções indispensáveis, tais como áreas adicionais e mais modernas em hospitais afiliados. Adicionalmente, urge expandir o ensino clínico para fora das enfermarias, tendo como base de acção consultas externas e Centros de Saúde preparados para a formação médica. Junto dos organismos da tutela, os anseios referidos não passam ainda de miragens. O que é péssimo, se se recordar que o ciclo clínico do novo programa curricular tem início em Outubro de 1998.

7. Finalmente, atenda-se ao perfil dos formadores que vão assumir a responsabilidade pela mudança do processo clínico do futuro médico pluri-potencial. A falta de condições logísticas dificultará significativamente a qualidade e a eficácia do ensino mas não o impossibilita mais do que está. Muito mais importante do que essas carências será a qualidade intelectual, o treino específico, a motivação e a apetência natural do formador para o ensino na pré-graduação. A docência (ainda...) não é um atributo genético nem uma capacidade específica de todo e qualquer médico. Acresce que numa unidade hospitalar pública, cujo quadro clínico seja, como sucede, constituído por concurso aberto para um determinado número de vagas, há certamen-

te alguns elementos que não têm a docência entre os seus interesses específicos. Não tomando em conta por agora este aspecto, e considerando somente os clínicos com interesse e qualidades para a docência, haverá que lhes garantir um mínimo de formação pedagógica. Cabe naturalmente à FML providenciar a actualização de cada docente quanto às metodologias de comunicação, audiovisuais e interactivas, de modo a que o *saber e a competência técnica* sejam potenciadas pelo *saber comunicar* e pelo *saber apoiar a aprendizagem dos alunos*.

8. A *Comissão de Revisão Curricular*, a par com o desenvolvimento do novo plano de estudos, entendeu oportuno criar condições para a melhoria da formação pedagógica dos docentes destacados para ensino de pré-graduação. As condições em referência visam, numa primeira fase, os docentes recém-contratados, bem como os docentes livres propostos para o presente ano lectivo, aos quais serão propiciadas oportunidades para a frequência de Cursos para Formadores, preparados em conjunto pelo Departamento de Educação Médica e pelo Gabinete de Audiovisuais. A participação dos docentes em cursos de formação de formadores deverá ser valorizada no contexto do respectivo currículo académico.

9. Dando continuidade a um projecto pedagógico iniciado há uma década, e sem esquecer os obstáculos e constrangimentos de percurso, a FML está no limiar de mais um salto qualitativo. Objectiva-se agora um novo docente para a FML, a quem caberá desenvolver um projecto de mudança. É desejável que este projecto seja extensivo a todos os actuais e futuros docentes da FML. Cabe agora ao DEM fomentar os cursos de formação necessários, com a frequência e a qualificação temática que se verificarem mais adequadas à prossecução do novo plano curricular.

III – PROJECTO DA REFORMA CURRICULAR DA FML

8 – Avaliação

Razões para um Falso Insucesso Escolar e a Necessidade das Prescrições*

O actual primeiro ano do curso médico da FML engloba seis disciplinas, das quais apenas uma (Anatomia I) tem escolaridade anual, sendo as restantes (Biomatemática, Bioquímica, Biofísica, Biologia Celular e Medicina Preventiva I) semestrais.

Em 1990/91, num total de 145 alunos inscritos no 1º ano da licenciatura em medicina da FML, 42 (28,9%) repetiam o 1º ano.

É de notar, entretanto, que o *numerus clausus* fixado para a FML em 1990/91 havia sido 80. Daqui poderá concluir-se que além dos estudantes admitidos no âmbito daquele contingente, e dos 42 repetentes, 23 (15,9%) alunos adicionais haviam ingressado na FML como supranumerários.

Tão elevada percentagem de repetentes tem de suscitar naturais preocupações e a procura de soluções pelas partes interessadas. Porém, poderá também ser motivo para especulações apressadas, que considerem a situação como paradigmática do insucesso escolar. Na realidade, a apreciação pública das causas daquele tipo de conjuntura raramente preserva as Instituições e os docentes. A inclusão indiferenciada do contingente de alunos repetentes é a causa mais frequente de algumas conclusões erróneas.

A presente análise contribuirá para desmistificar o problema e para alertar sobre a necessidade de soluções simples e clarificantes.

Dos 42 estudantes repetentes, 20 haviam-se inscrito pela primeira vez no primeiro ano do curso em 1989/90 (Quadro I). Destes, cerca de 1/5 ingressara na última fase de acesso, ficando assim sem possibilidades de obter frequência e de realizar os exames do primeiro semestre. O estatuto de repetente do 1.º ano acabou por penalizar esses alunos por causas não-escolares.

* OC – In: Boletim da FML, 1991; II Série, (16): 13-14.

Quadro I – Rendimento escolar obtido pelos alunos repetentes do 1º ano inscritos na Faculdade de Medicina de Lisboa em 1990/91

Ano da Inscrição	N.º de alunos repetentes	Total de Aprovações obtidas/ Total de alunos					Total de Aprovações/ Ano	Total de Aprovações/ Aluno
		0	1	2	3	7		
1989/90	20	9	6	1	4	–	20	1,0
1988/89	7	2	4	1	–	–	6	0,9
1987/88	2	–	–	–	3	–	6	3,0
1984/85	1	–	–	–	3	–	3	3,0
1983/84	5	–	3	2	–	–	7	1,4
1981/82	3	–	1	–	2	–	7	2,3
1979/80	1	–	–	–	3	–	3	3,0
1975/76	2	–	1	–	1	–	4	2,0
1951/52	1	–	–	–	–	7	7	7,0
Totais	42	11	15	4	16	7	63	1,5

Entretanto, 9 dos alunos repetentes, admitidos em 1989/90, não obtiveram qualquer aprovação escolar, enquanto os demais conseguiram aprovação em uma ou até três disciplinas.

Os restantes 22 alunos repetentes inscritos (de 1951/52 a 1988/89) justificam maior atenção, fundamentalmente pela persistência com que se inscrevem no 1º ano da FML, sem resultados significativos. Dificilmente poderemos considerar este grupo como representativo de alunos regulares e, por isso, válidos para apreciação global do rendimento escolar do 1º ano.

Numa análise parcelar, por ano da primeira inscrição, verifica-se que dos 7 alunos admitidos em 1988/89, 2 não haviam obtido aprovação em qualquer das disciplinas. O número de aprovações tende a aumentar com o total de vezes de inscrição no 1º ano. Todavia, dezasseis anos depois da primeira matrícula, continuam inscritos dois discentes. Um que interrompera o curso no ano de ingresso, retomando-o em 1987/88, havia sido aprovado em uma disciplina; o segundo, com catorze inscrições e duas interrupções (de 1984 a 1986) conseguira aprovações em três disciplinas. O actual 1º ano da FML inclui ainda um aluno matriculado pela primeira vez em 1951/52; tendo interrompido os estudos em 1956/57, reingressou em 1984/85; as sete aprovações que obteve até à data foram-no ainda no primeiro período de inscrição.

Excluindo da análise este aluno (pelas particularidades do seu trajecto escolar), bem como o grupo que se inscrevera pela primeira vez em 1989/90 (pelas razões já aduzidas), constata-se que os 21 estudantes repetentes que

foram admitidos entre 1975/76 e 1988/89 obtiveram um total de 36 aprovações, isto é, cerca de 1,7 aprovações por cada aluno. Em comparação, os alunos admitidos em 1989/90 apresentavam índices ainda mais reduzidos (1,0 aprovações/aluno). No conjunto, o rendimento escolar dos 42 repetentes traduzia-se na aprovação (fantasticamente baixa) de 1,5 disciplina por aluno.

Perante os resultados apresentados haverá a concluir que um determinado número de estudantes tem dificuldades relevantes em concretizar os seus objectivos iniciais, ou seja, licenciarse em Medicina. Essas inibições afiguraram-se porém incompatíveis com as características do próprio ensino médico, a que acrescem as finalidades e responsabilidades profissionais que objectiva. Ressalvando o grupo de alunos admitidos em 1989/90, haverá fundamentos para considerar inadiável a reactivação do regime de prescrições de inscrição no curso médico.

Acima da compreensão que merecem as habituais motivações individuais, a indispensabilidade do exercício simultâneo de uma profissão, ou outras justificações legítimas de natureza pessoal, há razões mais fortes a ter em conta. A extrema exigência que caracteriza a formação médica, e a obrigação ética da valorização permanente; que é indispensável na pós-graduação, torna incongruente e ilógica a aceitação, pela FML, de alunos sem aproveitamento escolar continuado.

Todos os alunos admitidos merecem a oportunidade de se realizarem, sob os critérios que a Instituição considere pedagogicamente insubstituíveis. A regularidade, a persistência, a inteligência, os conhecimentos são, entre muitos outros, critérios a utilizar pela Instituição para avaliar e seleccionar os futuros profissionais. Deles dependerão, afinal, bens tão vinculadores como a Saúde e a Vida das pessoas e populações.

A irregularidade, a ausência de conhecimentos comprovados, a falta de persistência continuada nos estudos são exemplos de índices selectivos a ter em conta, com perfeita legitimidade.

A formação em Medicina é incompatível com o tipo de aprendizagem oportunista, por vezes mais próxima da “aprendizagem por correspondência”, ou estar à mercê da pusilanimidade ou de motivações mundanas sem cabimento entre os que lutam e sofrem, para e pela profissão médica. Por conseguinte, a prescrição definitiva ao fim de um máximo de 3 inscrições na FML (e de todas as restantes Faculdades de Medicina nacionais), afigura-se uma medida inadiável a reintroduzir no nosso sistema educacional. Esta solução protegerá os alunos que se tenham atrasado devido a circunstâncias excepcionais, mas afastará em definitivo, os que já deram sobejas provas de inutilidade.

Agradecimentos: É salientada a colaboração das Sras. D. Maria de Fátima Dias e Ema Gaitero (Secretaria da FML) na recolha dos elementos escolares. Ana Cristina (Instituto de Bioquímica) dactilografou o texto.

Repetentes Perenes. Uma Questão a Resolver*

Num curto texto publicado em Dezembro de 1991 no (então) Boletim da FML (1), alertei para a inconveniência das conclusões que possam, alguns menos atentos, retirar da percentagem de alunos repetentes inscritos nos diversos anos do curso médico. Interpretações mais singelas da estatística dos conjuntos tendem a criar a ideia de um insucesso escolar onde, na realidade, existem subtotaís de alunos cuja única participação escolar consiste em matricular-se na Faculdade.

Para obstar a tão lamentável desvirtuação do sistema pedagógico, pareceria suficiente – como se propôs e veio a suceder a partir de 1992 (2) – reintroduzir o “mal-amado” regime das prescrições. Todavia, e como se poderá constatar pela Tabela I, os objectivos pretendidos ainda não foram alcançados. O total de repetências permanece constante (cerca de 1/3 de todos os alunos inscritos no 1º ano), bem como a frequência de inscrições desse subgrupo em anos lectivos sucessivos. As repetências estavam concentradas nos anos mais próximos da 1ª inscrição (Fig. 1), particularmente no 2º ano do Curso (entre 39 a 48%).

Embora com naturais reservas, o insucesso escolar no ano de ingresso na Faculdade merece algumas atenuantes. Por um lado, nem todos os alunos admitidos no curso de Medicina pertencem ao contingente geral de acesso. Há (numerosas) excepções, onde se incluem candidatos de outros sistemas de ensino ou ao abrigo de legislação especial (3-5). Daí resultam subgrupos com capacidade académica reconhecidamente desigual. Outro motivo compreensível radica-se na frequente alteração de hábitos de vida (académica, social, familiar), o que constitui uma boa razão para dificuldades acrescidas no 1.º ano da Universidade. Na realidade, cerca de 1/3 dos estudantes que se haviam matriculado no 1º ano do curso de Medicina da FML em 1989/90 e 1990/91 não viviam em casa paterna ou de familiares (7, 8). Não é excessivo salientar a importância (comprovada) que a vivência com familiares exerce no rendimento escolar dos estudantes (9). Adicionalmente, cerca de 40% moravam nos arredores de Lisboa, (7, 8), com implicações no desperdício de duas a quatro horas por dia em transportes interurbanos.

Em contraste com os alunos que beneficiam das “atenuantes” referidas, não há justificação para que cerca de 36% dos alunos repetentes tenham 4 ou mais (até 16!) inscrições no 1º ano de 1993/94 (Fig. 1). No mínimo existem três motivos para que tão absurda situação seja corrigida com presteza: (i) o acesso a Medicina está confinado a um total de vagas, muito disputadas por número muito superior de candidatos, (ii) o elevado custo/aluno do curso de Medicina exige uma constante e criteriosa gestão dos recursos disponíveis, o que é particularmente incompatível com a inclusão de alunos que os desaproveitam, (iii) o ensino médico visa fundamentalmente a formação de *jovens* clínicos (e não de licenciados na terceira ou quarta década de vida) com entusiasmo, qualidades profissionais e capacidade para auto-aprendizagem durante toda a sua (previsivelmente longa) vida clínica.

O núcleo de “repetentes-perenes” não se encontra decerto naqueles

* A – In: Revista da FML, 1994; II(10):333-335.

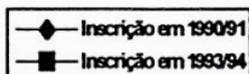
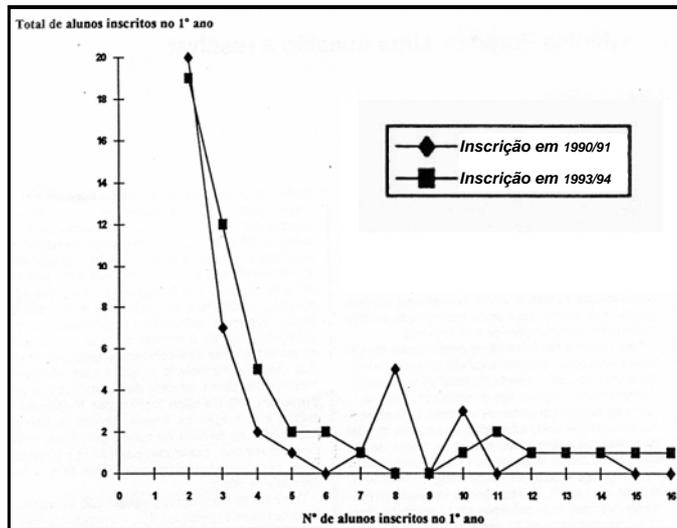
pressupostos. As vagas e os recursos disponibilizados terão maior cabimento e justificação para candidatos que têm ficado às portas das Faculdades de Medicina e que, efectivamente, desejem e possam vir a ser médicos no período normal da pré-graduação.

O regime de acesso e o das prescrições em vigor requerem análise ponderada, que corrija a lógica dos objectivos como articulado (em geral, elegante, laborioso mas frequentemente ineficiente) que se escreve e publica.

Tabela I – Total de alunos inscritos no 1º ano em 1990/91 e 1993/94, inscritos pela 1ª vez e total de repetências

Ano Lectivo de Inscrição	Total de alunos no 1º ano	Inscrições pela 1ª vez no 1º ano	Total de repetências
1990/91	145	103	42
1993/94	173	124	49
Varição	+28 (19,3%)	+21 (20,4%)	+7 (16,7%)

Um outro aspecto do mesmo problema reporta-se aos alunos que se atrasam (ou desistem) do curso médico. Este aspecto foi analisado com base em três populações de alunos que frequentaram e concluíram o curso de Medicina no tempo mínimo de 6 anos de escolaridade. Para o efeito foram considerados os totais de cada grupo em fases sucessivas: ano de ingresso, ao longo do ciclo básico, e no 6º ano do curso (Tabela II).



Entre parêntesis é indicada a percentagem de alunos inscritos nos diversos anos, relativamente aos que ingressaram no 1º ano de cada curso

Caracterização do curso	Total de alunos inscritos				Alunos que concluíram o 6º ano
	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	
1985/86-1990-91	76	68 (89,5%)	62 (81,6%)	60 (79,0%)	58 (76,3%)
1986/87-1991-92	55	39 (70,9%)	37 (67,3%)	36 (65,5%)	32 (58,2%)
1987/88-1992/93	61	52 (85,2%)	50 (82,0%)	50 (82,0%)	48 (78,7%)

Concluindo, afigura-se importante e oportuno proceder a uma análise sistemática sobre as diversas causas da menor rentabilidade pedagógica do sistema de ensino pré-graduado de Medicina. Uma fracção relevante dos alunos inscritos em Medicina não “existe” senão em nome, ou evidencia dificuldades de progresso pedagógico incompatíveis com as exigências da profissão. Acresce ainda que o sistema de ensino não dispõe de capacidades reais e meios para enfrentar ritmos diferentes de aprendizagem e conceder o apoio a alunos que não querem (ou não conseguem) estudar, conforme os níveis exigidos.

Haverá que estabelecer medidas correctoras que melhorem o sistema de ensino, e simultaneamente, impeçam que este seja perturbado por quem não revelar capacidades nem empenhamento pela actividade médica. Esta é uma das questões a solucionar muito rapidamente, antes que a avaliação da Universidade retire conclusões de todo indesejáveis para a Instituição. A revisão curricular em que a FML está envolvida constitui uma excelente ocasião para os ajustamentos necessários.

Agradecimento

A Sra. D. Fátima Dias (Secretaria da FML) pela colaboração na recolha dos elementos documentados. A Sra. D. Emília Alves, que dactilografou o texto.

Bibliografia

- 1 – Martins e Silva J – Razões para um falso insucesso escolar e a necessidade das prescrições. Boletim da FML 1991; II série, nº 16:13-14.
- 2 – Despacho Reitoral (de 7 de Outubro de 1992). Boletim da FML 1992; III série, nº 11, suplemento nº 3.
- 3 – Martins e Silva J – Os exames Ad-Hoc no âmbito do acesso às Faculdades de Medicina. Boletim da FML 1992; III série, nº 3:39-41.
- 4 – Martins e Silva J – Alunos estrangeiros e o acesso a medicina. Proposta para a melhoria do sistema. Educ. Méd. 1992; 3:2-7.
- 5 – Martins e Silva J – Condições e mecanismos de acesso à Faculdade de Medicina. Boletim da FML 1992; III série, nº 2:21-24.
- 6 – Portaria nº 634/93 (de 1 de Julho) – Regulamento do Concurso Nacional de Acesso ao Ensino Superior para a Matrícula e Inscrição no Ano Lectivo de 1993-1994. DR 1993; I Série-B nº 152.
- 7 – Saldanha C, Moreira C, Pinto Y, Nunes M, Martins e Silva J – Avaliação diagnóstica dos interesses, vivência e conhecimentos de Química dos alunos admitidos à FML em 1989/1990. Acta Méd. Port. 1991; 4:37-42.
- 8 – Saldanha C, Moreira C, Pinto Y, Nunes M, Martins e Silva J – Análise de alguns factores académicos e demográficos potencialmente preditores do rendimento na disciplina de Bioquímica pelos estudantes de medicina admitidos na Faculdade de Medicina de Lisboa em 1990/1991. Educ. Méd. 1992; 3:106-124.
- 9 – Alfayez SF, Strand DA, Carline LD – Academic, social and cultural factors influencing medical school grade performance. Med. Educ. 1990; 24:230-238.

Auto-Avaliação e Auditoria Externa da FML*

1. Data de 1990 a primeira iniciativa governamental para promoção de um sistema de avaliação do ensino superior. Após diversos estudos por comissões oficiais designadas para o efeito, em que o CRUP foi uma das partes intervenientes, o Governo criou em 1994 o *Sistema de Avaliação e Acompanhamento das Instituições do Ensino Superior* (Lei da Avaliação do Ensino Superior – Lei nº 38/94, de 21 de Novembro).

2. De acordo com aquela Lei, a avaliação desenvolve-se em duas fases: a auto-avaliação (a realizar por cada Instituição) e a avaliação externa (por comissão visitante), a completar posteriormente pela avaliação global do ensino superior.

3. Em 1995, o Ministério da Educação, o CRUP e a Fundação das Universidades Portuguesas estabeleceram um protocolo pelo qual esta última assume a responsabilidade de coordenar a avaliação das universidades públicas.

4. Em 1996, o Ministério da Educação nomeou por despacho (nº 147-A/ME/96, de 29 de Julho) o *Grupo de Reflexão e Acompanhamento do Processo de Avaliação das Instituições do Ensino Superior*, a que cabe fixar as principais regras de funcionamento do sistema de avaliação e preparar um projecto do diploma para criação do *Conselho Nacional de Avaliação*, de acordo com legislação preparada para o efeito (Despacho nº 72/97, 2ª série, de 5 de Maio).

5. Fundamentalmente, é objectivo geral da auto-avaliação a recolha de componentes quantitativos e qualitativos intrínsecos através de indicadores e critérios estabelecidos, pelos quais cada Instituição pode proceder a reajustamentos indispensáveis por sua própria iniciativa, a nível das respectivas actividades (ensino, investigação, prestação de serviços). A avaliação exter-

* NE – In: Agenda da FML, 1997; 65:1-2.

na, a desenvolver por uma comissão de visita, permite uma perspectiva (global e parcelar) da Instituição, traduzida em relatório que servirá de instrumento útil para medidas de fundo internas e/ou desencadeados pelos ministérios da tutela. Por princípio, a avaliação deverá constituir um processo rotineiro, que permita reajustar o produto das actividades institucionais às condições e meios de trabalho indispensáveis aos objectivos pré-estabelecidos. Por princípio também, a avaliação externa deverá ter características consultivas, ser independente da tutela e ser isenta, visando essencialmente a melhoria de qualidade das instituições visitadas. Finalmente, é ponto assente que a avaliação não deverá ter carácter penalizante.

6. Entretanto, seguindo instruções recebidas da Universidade de Lisboa, a FML começou a preparar em 1992 a sua auto-avaliação. Entre 1992 e 1995 foram elaborados inquéritos dirigidos às diversas unidades orgânicas e pedagógico-científicas da FML, visando a identificação de áreas físicas, a inventariação (de móveis, equipamentos e outros bens duráveis), as características funcionais e as actividades próprias de cada unidade, entre outras questões pertinentes.

7. A aderência ao inquérito por parte das unidades funcionais da FML (Institutos, Laboratórios, Clínicas) foi então heterogénea. Houve grandes dificuldades na interpretação do que era inquirido e na recolha de elementos de uma fracção substancial das unidades funcionais. Designadamente, houve substanciais omissões em dados concretos sobre as actividades pedagógico-científicas dos docentes e respectiva produção, individualizada e/ou em grupo. Do mesmo modo não foi possível viabilizar um inquérito alargado aos discentes. O inventário foi também muito incompleto. Foi então decidido reunir essencialmente os dados que constassem dos arquivos centrais da FML, os que puderam ser recolhidos pelo grupo de trabalho nomeado, bem como outros resultados gerais fiáveis.

8. Em 1995, no âmbito da Associação das Universidades Europeias (CRE), foram estabelecidas normas para a auto-avaliação e preparação das visitas por comissões de auditoria externa. Todas as licenciaturas ministradas nas universidades portuguesas serão avaliadas até 1999, conforme as instruções definidas. Do calendário estabelecido ficou assente que a avaliação dos cursos de licenciatura em Medicina teria lugar com base em relatórios a entregar por cada Faculdade até 1997.

9. Tendo em conta a multiplicidade de elementos obtidos na FML, houve que criar uma estrutura interna (com recursos humanos, local de trabalho

e equipamentos próprios), consolidada apenas em 1996. Por essa razão fundamental os dados da auto-avaliação da FML referentes a 1994/95 foram publicados e distribuídos somente em Junho de 1997.

10. A par com a documentação referida, o Gabinete de Planeamento e Avaliação começou a preparar a auto-avaliação do período subsequente (1996/97), que agora se inicia. Os elementos recolhidos (actualização dos recursos logísticos, recursos humanos, actividades desenvolvidas) serão utilizados também para preparar a auditoria externa.

11. Pretende-se que a avaliação externa da FML seja concretizada por duas comissões independentes, uma a organizar no âmbito da Associação das Universidades Europeias, sendo a outra por iniciativa institucional, a patrocinar financeiramente pela Fundação Luso-Americana para Desenvolvimento. Para o efeito, a FML foi visitada em 20 de Fevereiro de 1997 pelo Prof. Ruy Lourenço (Dean da New Jersey Medical School, EUA), que presidirá a esta última comissão. Na sua visita, o Prof. R. Lourenço obteve as informações pretendidas junto de docentes, pessoal não-docente e discentes representativos de órgãos de gestão da FML. Em 3 Junho pp., a FML acolheu uma comissão de visita externa no âmbito da CRE, que igualmente se inteirou da situação interna.

12. Concluindo, a FML encontra-se num processo irreversível que visa a melhoria das suas condições de acção e a correcção de situações indesejáveis ou desactualizadas. A avaliação é obrigatória e terá por base elementos concretos a obter junto de cada um dos membros da FML, e também recolhidos por comissões especiais.

13. São parte essencial dos indicadores a utilizar os relatórios anuais de serviço, as respostas aos inquéritos, e as apreciações pelas diversas Comissões e Gabinetes da FML. O caminho para que a FML cumpra a missão que lhe é cometida passa, por isso, pela colaboração activa de todos os seus membros.

Neste mês de Julho começam a ser distribuídos inquéritos por discentes e docentes, visando a recolha de respostas sobre as actividades científicas e pedagógicas desenvolvidas em 1996 e 1997. Também estão a ser recolhidas informações sobre as unidades orgânicas, no que se refere a meios e condições de trabalho.

Em Outubro próximo serão já conhecidos resultados importantes para o futuro da FML, para reforçar a qualidade e o rigor das nossas actividades, e também para substanciar concretamente as reclamações e exigências que se entenderem oportunas, a bem da educação médica, da ciência médica, e da

saúde da população Portuguesa.

O Significado da Avaliação do Ensino na FML*

1. A reunião promovida em conjunto pelo Conselho Pedagógico e pelo Departamento de Educação Médica, no passado dia 10 de Dezembro, foi mais uma iniciativa pioneira promovida pela Faculdade de Medicina de Lisboa no âmbito do ensino médico nacional. Esteve em discussão a “Avaliação dos Discentes da FML”, tomando como reflexão as respostas a um inquérito dirigido a todos os docentes responsáveis pelo ensino das disciplinas do curso de licenciatura em medicina. A propósito daquela iniciativa justificam-se algumas palavras adicionais.

2. No sentido amplo, o termo *avaliar* significa aferir o valor de determinado sujeito, conceito ou actividade. Numa perspectiva mais restrita, a *avaliação* incide (preferencialmente) sobre a qualidade dos desempenhos de indivíduos e/ou instituições. Em qualquer dos casos – indivíduo ou instituição – a respectiva avaliação implica num juízo de valor, com base em critérios, padrões e códigos de responsabilidade. Igualmente em qualquer das situações não se detectam diferenças relevantes quanto à finalidade do sistema de avaliação; seja esta dirigida ao indivíduo ou às instituições a que pertence, a avaliação procura suporte em indicadores pré-definidos da qualidade dos desempenhos e, por via de mecanismos acessórios, visa a difusão pública e a melhoria constante daqueles resultados.

3. Numa forma simplificada poder-se-á afirmar que a qualidade explicita a medida em que são atingidos os objectivos propostos. E, se bem que a avaliação da qualidade represente por vezes, uma impressão subjectiva, há situações que beneficiam da quantificação dos resultados. A avaliação que faz parte da metodologia do ensino exemplifica uma dessas situações; tradicionalmente, a qualidade de desempenho escolar é codificada por uma pontuação numérica que contribui para a classificação global do curso.

4. É um lugar-comum afirmar-se que os alunos estudam de acordo com as exigências e os conteúdos impostos pelos professores, em exames e

* NE – In: Agenda da FML, 1999; 100; 1-2.

demais provas de avaliação sumativa. Nesta perspectiva, é admissível questionar se o êxito da avaliação escolar (de determinada disciplina e do curso no seu todo) é um índice de qualidade absoluto (invariante e independente do lugar e dos avaliadores) ou se reflecte numa complacência recíproca, que pouco ou nada tem a ver com a estruturação faseada de um processo de aprendizagem por objectivos específicos.

5. Todos os métodos de avaliação (mais os exames finais do que as provas intercalares e, acima de todos, os exames orais) são episódios de *confronto* inevitável, com repercussões não negligenciáveis no relacionamento pessoal bem como no futuro profissional dos examinados. Os alunos sabem disso e os professores também, embora uns e outros procurem não o demonstrar senão em situações muito particulares. No fundo, ambas as partes procuram “alcançar a meta” sem acidentes nem polémicas, em ambiente de exemplar cortesia. O que não significa, porém, que os objectivos inicialmente definidos tenham sido cumpridos ou que os resultados não pudessem ter alcançado níveis de qualidade superior.

6. Pelas razões aduzidas, é aconselhável não perder de vista que o objectivo último do curso de Medicina é o de formar médicos competentes; em segundo lugar, há que entender a competência como uma qualidade em parte mensurável e definida por atributos pré-definidos; por sua vez, cada um dos requisitos exigíveis ao futuro médico terá de ser aprendido, preparado, treinado e assimilado ao longo de um período de seis anos desgastantes; segue-se que os níveis pré-definidos têm de ser verificados com rigor ético e responsabilidade imparcial por todos os docentes e principais responsáveis directos pelo ensino de cada um dos futuros licenciados; finalmente, cada um dos alunos que procurou (voluntariamente) a FML para, através do curso de Medicina, vir a ser um profissional competente e dedicado, terá de assumir a aprendizagem como um dever igualmente ético e responsável, que não se esgota na classificação de cada disciplina mas visa a aquisição em competências (específicas e potenciais) através do curso.

7. Por conseguinte, por todas as razões indicadas e outras reflexões implícitas, há motivos para saudar jubilosamente a revisão sobre a avaliação de discentes da FML. Embora nem todos os docentes tenham respondido ao inquérito, resulta das respostas um consenso alargado sobre a adequação dos métodos de avaliação aos objectivos pré-definidos em cada área de ensino ou disciplina. Haverá agora ainda maior justificação para que se conheça a apreciação dos discentes sobre o processo de avaliação em vigor. E, numa perspectiva mais profunda, é imperioso que as opiniões sobre o método de avaliação em cada disciplina sejam completadas pela aferição dos objectivos educacionais e dos níveis de competência que a FML entender como indispensáveis para os seus futuros licenciados.

III – PROJECTOS DE REFORMA CURRICULAR NA FML

9 – Acesso

Gerir a Crise ou Gerir o Futuro?*

Candidatos a Medicina e vagas disponíveis

Milhares de jovens, que conseguiram ultrapassar os obstáculos mais ou menos encapotados do ensino secundário, passam frio e incómodos durante as largas horas em que aguardam a vez de se inscreverem nas faculdades onde pretendem profissionalizar-se. A cena repete-se, ano após ano, tendo como pano de fundo um *numerus clausus* estipulado superiormente mas criticado por todos, docentes e futuros discentes.

Medicina será, neste aspecto, um exemplo-padrão, em que o limite proposto pelas suas faculdades, talvez idêntico ou mesmo um pouco superior ao sugerido pela Ordem dos Médicos, acaba por ser largamente ultrapassado pelo Ministério da tutela e, mesmo assim, fica muito aquém do desejado pelos candidatos.

Os argumentos para cada lado até nem parecem irrealistas: os sectores que propõem totais de admissão reduzidos baseiam-se na proporção médico/doente, alegando que em Portugal estamos já muito bem servidos de médicos, ao nível de que melhor se desejaria para qualquer canto do Mundo; os candidatos, por sua vez, dizem o contrário e invocam os seus direitos à admissão no ensino médico; no centro encontra-se o Ministério da Educação e Universidades (MEU) que, assumindo a função de fiel de balança, tenta conciliar os pontos de vista mais radicais, de forma a contentar ambas as partes.

Os resultados estão à vista: os alunos continuam a fazer filas de espera intermináveis, competindo entre si por um “lugar ao sol”; as faculdades aceitam o irremediável, embora alegando não terem, mais uma vez, condições para um ensino conveniente; o MEU adia o problema por mais um ano, aguardando talvez que um acaso resolva o problema.

Entretanto, o *numerus clausus* inicial, já largamente excedentário em relação às possibilidades reais de cada faculdade, vai sendo ainda ultrapassa-

* OC – In: O Médico 1983; 106:217-218.

do, em cada ano que passa, pela vinda de estudantes que tiveram a ideia e a possibilidade de ingressar numa universidade estrangeira e donde, após cursarem algumas cadeiras, obtêm a necessária equivalência para as superlotadas faculdades portuguesas.

No fundo, o conceito de *numerus clausus* não funciona senão para os que ficam nas filas em Portugal e será de prever que, no futuro, seja cada vez menos operacional nas suas intenções limitativas. Possivelmente, dentro de alguns anos, voltaremos a ter ciclos clínicos com milhares de candidatos a médicos, com todas as sombrias perspectivas que já hoje se adivinham ou, mesmo, existem. Sem querer fazer futurologia, e a manterem-se aquelas variáveis, creio que apenas o espectro do sub-emprego poderá evitar que as Faculdades de Medicina existentes voltem a ser “afogadas” por milhares de alunos, a curto prazo.

A somar a tudo isto, temos as admissões através do *ex-ad-Hoc* que, nas suas origens, pretendia dar uma oportunidade de futuro melhor a indivíduos “fora-de-série”, que se tivessem revelado, pelos seus esforços e conhecimentos, merecedores dessa regalia. Na prática, porém, verifica-se que os actualmente designados “Exames de Maturidade para Ingresso no Ensino Superior” são outra forma de “curto-circuito” legalizado, já que muitos dos candidatos que a ele se propõem estão inscritos também no 12^o ano de escolaridade.

Poderá ainda suceder que todos os alunos que reprovem no 12^o ano acabem por aguardar os 25 anos de idade para então se candidatarem e, quem sabe, terem a sorte de ingressar nas faculdades que desejem. Nesta ordem de ideias, talvez venha a suceder, dentro de breves anos, que as Faculdades de Medicina tenham de apreciar anualmente as candidaturas pelo *ad-Hoc* de milhares de indivíduos, ansiosos por uma oportunidade suplementar.

Os resultados não são difíceis de prever. Por um lado, mesmo que todos os candidatos sejam apreciados favoravelmente (os conhecimentos não diferem muito entre si, na generalidade) terá de haver outra selecção (com que critérios?), pois que as vagas disponíveis são escassas; os candidatos rejeitados, que investiram muito, do seu esforço e economias, sacrificando ao estudo muito das suas horas de descanso e os momentos que deveriam ser dedicados à família, acabam por desistir, frustrados e, quiçá, revoltados; por sua vez, os júris de admissão, constituídos por professores já sobrecarregados e com interesses ou responsabilidades académicas inadiáveis, acabam por não fazer outra coisa senão exames em série, sem futuro ou rendimento real, numa actividade frustrante que não conduz a nada.

O numerus clausus e condições de formação

O problema pode ser definido em duas alíneas:

- a) O que se entende e pretende com o *numerus clausus*;
- b) Que candidatos vão preencher esse total.

A primeira questão terá de ser balizada a dois níveis, um definido pelas previsíveis necessidades do país em médicos, a outro pela capacidade real de cada uma das 5 instituições nacionais onde se ensina Medicina.

Estou em crer que nenhum destes problemas está solucionado e, enquanto o não for, tudo o que se propuser será passível de críticas e insucessos. Todavia, ambas as questões até parecem de fácil solução, pois a previsão das necessidades nacionais é um mero exercício de estatística, enquanto a segunda representa uma avaliação das existências materiais e de quadros pessoais habilitados ao ensino.

O perfil do candidato a seleccionar será um aspecto mais delicado a ponderar, já que, além das classificações escolares anteriores deverá ser prestada toda atenção a provas psico-técnicas, umas e outras de objectividade discutível.

Considere-se agora que existe uma planificação das necessidades nacionais em médicos para, por exemplo, os próximos 10 anos e que o perfil dos candidatos está também definido.

Considere-se ainda que o *numerus clausus* de determinada Faculdade de Medicina foi estabelecido em 60 alunos e que existe um mecanismo legal que impede a inclusão de qualquer outro candidato, a não ser por troca individual, durante os seis anos de curso médico. Isto é, o curso médico de 1982/1983, por exemplo, continuaria a ter 60 alunos seis anos depois. Nestas condições julgo que deixaria de haver reclamações por parte do corpo docente, contra a “pletora de alunos impeditiva de um ensino médico capaz”.

Mas, mesmo nessas condições, seria possível um bom ensino médico?

Estou certo que não, atendendo à capacidade e equipamento que as nossas Faculdades de Medicina detêm actualmente. Chegamos assim ao fulcro do problema, que é, efectivamente, um grave problema nacional, com acentuada repercussão na saúde das populações, marcadas por médicos com preparação condicionada e sem reciclagem conveniente durante as várias décadas em que vão desenvolver a sua actividade profissional. A solução deste problema cabe, no entanto, e em grande parte, às faculdades, que não devem calar as suas carências, sob pena de se continuar a “gerir a crise sem acautelar o futuro”. Neste caso, o aluno que conseguir entrar na Faculdade de Medicina cheio de esperanças e vontade de trabalhar vê-se, em alguns dias,

meses ou anos, perante uma outra ilusão (*o que poderia ser, mas não chegará a alcançar*), não lhe restando mais do que se adaptar ao meio e a um futuro profissional dificilmente nivelado (?) com o existente além-fronteiras.

O futuro

É necessário, desde já, enumerar prioridades e actuar em conformidade para uma verdadeira reforma do ensino médico português. As Faculdades de Medicina deverão assumir-se como instituições de ciência, em que se ensina o que se pesquisa, e não só o que os “outros” investigam e concluem. Caso contrário, de faculdades não terão nada, sendo antes escolas médicas. E será que isto basta, nos satisfaz? Penso que não, pois seria demitirmo-nos, de facto, das nossas funções. E penso que os resultados dessa demissão, mais ou menos assumida, estão à vista, sobretudo quando se frequentam congressos internacionais ou, mesmo, quando se folheia uma revista ou livro da nossa especialidade.

A conclusão é só uma: cada vez é maior a distância que nos separa da vanguarda do conhecimento médico. E para obviarmos a tal estado de coisas não temos mais do que assumir essa realidade, definindo formas de acção imediata e que se resumem em três pontos:

- a) Quadro orgânico funcional com remuneração compatível ao exercício exclusivo da docência;
- b) Reequipamento das unidades de ensino;
- c) Activação da carreira de investigação médica.

Será que, sem resolvermos estas questões, haverá integração (efectiva) da Medicina portuguesa na CEE? Certamente que não e aqui uma coisa é certa: o *numerus clausus* e a “pletora de alunos” não servem de justificação para todas as insuficiências que caracterizam hoje as Faculdades de Medicina portuguesas.

O Novo Acesso ao Ensino Superior e suas Implicações em Medicina*

Introdução

O regime de acesso ao ensino superior que vigorou durante alguns anos até 1988 baseava-se num Exame de Aferição. Estas provas, de âmbito nacional, incidiam nas matérias das três disciplinas leccionadas no 12^o ano.

A classificação final de acesso e subsequente seriação dos candidatos era fundamentada em dois valores: classificação média do curso complementar do ensino secundário (com o peso de 33%) e média das duas disciplinas melhor classificadas no exame de aferição (com o peso de 67%).

Entre os principais defeitos apontados destacavam-se os seguintes: a) Era o primeiro “exame” a que os alunos se viam confrontados ao fim de 12 anos de escolaridade, com todos os inconvenientes e inibições daí emergentes. Apenas os alunos externos, que estavam obrigados a provas de equivalência, constituíam a excepção; b) Não assegurava que os alunos seleccionados tivessem frequentado (e tido aproveitamento) nas disciplinas de 12^o ano consideradas nucleares para o curso superior escolhido. A escolha das disciplinas do 12^o ano poderia ser feita por critérios variados, inclusive pela virtual garantia de uma melhor classificação final. No caso da Medicina, por exemplo, qualquer aluno inscrito no 1^o curso do 12^o ano (via de ensino) poderia optar por duas das seguintes disciplinas: Física, Química, Biologia, Geologia, Geometria Descritiva ou Geografia; a Matemática era a única disciplina obrigatória. Não foram poucos os que preferiam a Geografia, Geologia e/ou Geometria Descritiva no lugar da Física e da Química; c) Em parte como consequência do ponto anterior, não era acautelada a componente vocacional; candidatos com melhor preparação e mais vocacionados para determinado curso foram relegados para curso de segunda escolha; d) Total ausência de participação dos estabelecimentos de ensino superior na definição do perfil dos seus candidatos. e) Processo de colocação aleatório e dissociado da realidade socio-económica dos candidatos e respectivo meio familiar.

* OC – In: Revista Medicina 1989; 2:5-8.

O aspecto positivo mais saliente dos exames de aferição consistia na sua realização a nível nacional, colocando todos os alunos em condições de avaliação potencialmente idênticas. Cedo se verificou, porém, que os conhecimentos dos alunos variavam de escola para escola e, conseqüentemente, não coincidiam com as matérias de exame de algumas disciplinas. A elevada taxa de reprovações, frequentemente constatadas ao longo dos anos nos exames de aferição, derivaria, em grande parte, daquela desarticulação pedagógica.

O sistema de acesso em questão inseria-se numa conjuntura particular, caracterizada por duas situações antagónicas, que mantêm ainda plena actualidade: a) Existência de *numerus clausus*, instituído com base na capacidade de ensino do estabelecimento do ensino superior oficial e, ainda (designadamente em Medicina), pela previsível saturação do mercado de trabalho; b) A fracção populacional entre os 18 e 25 anos que frequenta o ensino superior é significativamente inferior à dos restantes países da CEE.

O actual regime de acesso

Com o Decreto-Lei nº 354/88, de 12 de Outubro, o acesso ao ensino superior passa a ser regulamentado por novas normas, a vigorar na admissão dos candidatos do próximo ano lectivo de 1989/90.

Este novo regime é apresentado, no preâmbulo do decreto, sob dois aspectos: a) Como uma sequênciã do estipulado na Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86 de 14 de Outubro) para as condições gerais de acesso e capacidades específicas requeridas para frequênciã do ensino superior, em que é prevista “a prestação de provas de âmbito nacional e específicas para cada curso ou grupo de cursos afins” (n^{os} 1 e 2, Artigo 12^o); b) Como parte integrante do Regime da Autonomia das Universidades (Lei nº 108/88, de 24 de Setembro). O legislador não se inibe a anotar que, “através do presente diploma, dá-se assim concretização ao programa do governo onde previa a reformulação do sistema de acesso com responsabilização predominante das instituições do ensino superior”.

Tal como o sistema anterior, também no Decreto-Lei nº 354/88 é determinada a existência de um número máximo de vagas, a fixar anualmente por cada estabelecimento e curso do ensino superior (n^o 1 do Artigo 4^o). Continua a haver (Artigo 7.º) igualmente vagas de contingente geral e para contingentes especiais (estas reservadas a candidatos das Regiões Autónomas, do território de Macau, emigrantes portugueses e seus familiares, e portadores de deficiência física ou sensorial).

Para preenchimento das vagas, a fixar por despacho do Reitor ou Ministério da Educação, é organizado anualmente um *Concurso Nacional de*

Acesso (Artigo 5º). Poderão concorrer os candidatos habilitados com o 12º ano da escolaridade do ensino secundário (ou equivalente), que não sejam titulares de cursos superiores e tenham realizado a prova geral de acesso (Artigo 8º).

A *Prova Geral de Acesso* (Artigo 10º) – escrita, comum a todos os cursos e não eliminatória – tem por propósito “*avaliar o desenvolvimento intelectual, domínio de língua portuguesa ao nível da compreensão e da expressão e a maturidade cultural dos candidatos*”. A avaliação não incide sobre conhecimentos específicos das disciplinas leccionadas anteriormente, destinando-se a fornecer informações ao estabelecimento de ensino superior sobre a aptidão dos candidatos.

A (concepção e realização) da prova geral de acesso é da incumbência de um Júri de 7 membros (professores do ensino superior e professores profissionalizados do ensino secundário) nomeados anualmente por despacho do Ministério da Educação (Artigo 12º).

A prova geral de acesso será classificada por docentes do ensino superior e secundário, nomeados por despacho do Ministro da Educação, ou parcialmente classificada por meios informáticos (Artigo 17º). Os resultados terão divulgação pública antes do início das candidaturas (Artigo 18º), e poderão ser reapreciados por júri especial igualmente nomeado por despacho ministerial (Artigo 19º). Não há reprovações mas apenas informações, que vão permitir a seriação dos candidatos.

Segue-se o processo de *Candidatura*, no qual cada candidato pode concorrer a um máximo de seis pares estabelecimento/curso por ordem decrescente de preferência (Artigo 21º), após o que cada estabelecimento de ensino superior recebe a relação de candidatos aos seus cursos, em conjunto com os elementos curriculares e informações necessárias à seriação dos mesmos (Artigo 23º).

Os estabelecimentos do ensino superior poderão estabelecer *Condições Específicas* para candidaturas aos cursos que leccionam (Artigo 9º). Nessas condições inclui-se a obtenção de aproveitamento em determinada(s) disciplina(s) do ensino secundário ou demonstração de conhecimentos equivalentes. Poderão ser também fixados pelo estabelecimento do ensino superior determinados *Pré-Requisitos Específicos*, considerados indispensáveis à frequência ou ao processo de aprendizagem utilizados nos cursos leccionados.

Igualmente os estabelecimentos de ensino superior podem efectuar a *Provas Específicas de Acesso* para seriação dos seus candidatos (Artigo 26º). Estes condicionalismos deverão ser tomados públicos pelos estabelecimentos de ensino superior, com a devida antecedência.

Os *Critérios de Seriação* dos candidatos têm de ser aprovados anualmente pelo Reitor, mediante as propostas de cada estabelecimento do ensino superior (Artigo 24º).

Nesses critérios incluem-se obrigatoriamente dois elementos objectivos: a) Classificação da prova geral de acesso; b) Classificação obtida no 10^o, 11^o e 12^o ano do ensino secundário, globalmente e/ou por disciplina (condições específicas).

Poderão ser incluídos (não obrigatoriamente) outros elementos: c) Classificação e provas específicas de acesso, realizadas pelo próprio estabelecimento de ensino superior, d) Eventual classificação de pré-requisitos específicos.

A ordenação final dos candidatos será feita por cada estabelecimento de ensino superior, mediante a atribuição de um determinado peso a cada critério, no seguinte: a) Classificação da prova geral de acesso: peso nunca inferior a 30%; b) Classificação do ensino secundário: peso entre 25 e 50%, mas nunca superior ao da prova geral de acesso. As classificações do ensino secundário são passíveis de correcção estatística, “através de utilização da informação fornecida acerca dos seus valores médios e desvios” (Artigo 25^o); c) Classificação das provas específicas (e pré-requisitos específicos, quando os houver): peso a determinar pelo estabelecimento de ensino superior, mas nunca superior ao atribuído à prova geral de acesso.

Pela aplicação daqueles critérios e pesos relativos, a cada candidato será atribuída uma classificação, de 0 a 100. Esta classificação é afectada por uma bonificação (inicialmente fixada em 20 pontos), a conceder aos candidatos colocados no par de estabelecimento/curso que haviam indicado como primeira preferência. Havendo candidatos empatados na classificação, a escolha (pelo estabelecimento de ensino superior) poderá ser feita por entrevista pessoal.

A seriação poderá ser afectada por preferências regionais (Artigo 27^o). O estabelecimento de ensino superior reservará até 50% das suas vagas para os candidatos que residam na sua área de influência (a definir pelo Reitor ou Ministro da Educação). Na seriação serão atendidos, em primeiro lugar, os candidatos que beneficiem de preferência regional, e só depois os restantes. Esta reserva não se aplica às Faculdades de Medicina.

O resultado da seriação é comunicado ao Gabinete Coordenador do Ingresso no Ensino Superior que formalizará de seguida a Colocação Final de candidatos.

Esta fase de colocação obedece a dois factores: ordem de preferência estabelecimento/curso e resultados da seriação (Artigo 29^o). Não são colocados os candidatos que, atendendo aos resultados obtidos, já não disponham de preferências com vaga.

O resultado da candidatura (colocado, não-colocado ou excluído) será divulgado por aquelas entidades no início de Outubro. Também nessa data cada estabelecimento de ensino superior receberá a lista dos candidatos nele admitidos.

Havendo vagas disponíveis, está prevista a realização de uma 2^a fase de candidatura (Artigo 31^o), com todos os candidatos incluídos num único contingente.

Depois de colocados, podem os candidatos proceder à *Matrícula e Inscrição* exclusivamente no estabelecimento e curso aprovados. O direito à colocação é válido apenas para o ano de candidatura (Artigo 32^o e 33^o). As vagas que sobraem da 2^a fase de candidatura, ou não tenham sido ocupadas pelos candidatos admitidos, podem ser postas a concurso pelo estabelecimento do ensino superior e, só por esse meio, utilizados (Artigo 34^o).

Independentemente dos contingentes geral e especial, o acesso ao ensino superior é ainda possibilitado (Artigos 35^o e 36^o) a determinado tipo de candidatos em regime especial (maiores de 25 anos com provas de avaliação específicas, portadores de alguns cursos médios e superiores ou estudantes com anterior matrícula no ensino superior nacional ou estrangeiro) e aos designados por supranumerários (funcionários públicos e seus familiares em missão diplomática ou oficial no estrangeiro, bolseiros no estrangeiro, oficiais das Forças Armadas, funcionários estrangeiros em missão diplomática em Portugal e seus familiares e estudantes dos países oficiais de expressão portuguesa sob regime de cooperação).

O organigrama em anexo (Quadro I) pretende orientar as principais etapas da 1.^a fase de acesso ao ensino superior.

Alguns comentários

O regime de acesso ao ensino superior que o Ministério de Educação decidiu iniciar no presente ano lectivo tem sido objecto de diversas e prolongadas polémicas nos órgãos da comunicação social. A situação apresenta-se extremada nas posições antagónicas e aparentemente inconciliáveis que são hoje do conhecimento comum.

Independente do sem-número de questões e pormenores apresentados à data, haverá três aspectos de base que, a nosso ver, merecem maior ponderação e reajustamento.

Em primeiro lugar, argumenta-se que o actual sistema de acesso nasce da necessidade de “uma objectiva e desejada participação das instituições do ensino superior na escolha dos seus estudantes”. Todavia, a valorização da prova específica, que é da responsabilidade do estabelecimento de ensino superior, não poderá ultrapassar a da prova geral de acesso e, no conjunto, não vale mais que 1/3 da classificação total. Por outro lado, a prova geral de acesso é elaborada e classificada por um júri directa e exclusivamente dependente do Ministro da Educação, sem qualquer influência ou coordenação com o ensino superior.

**Quadro I – Organigrama de Acesso ao Ensino Superior.
Dec-Lei 354/88 de 12 Outubro**

CRITÉRIOS DE SERIAÇÃO E VAGAS	EES estabelece vagas, tipo de provas específicas e pré-requisitos
	Reitoria aprova (?) e informa DGES
↓	Despacho ME define datas (de inscrição e realização de provas de acesso)
	Candidatos inscrevem-se nas PGAES (Fevereiro)
PROVA DE ACESSO AO ENSINO SUPERIOR	EES publicam edital e afixam programas de provas específicas e pré-requisitos (até 15/Fev.)
	Duas chamadas (Páscoa e 3 ^o período escolar)
↓	Júri nomeado pelo ME é responsável pela correcção das PGAES
	Divulgação de resultados (Maio-Junho)
CANDIDATURA ÀS FACULDADES	Candidatos inscrevem-se em 6 pares de EES/Curso (Maio a Julho)
	GCIES informa sobre número total e identificação dos candidatos que escolheram cada EES
↓	Candidatos cumprem pré-requisitos (de Abril até data a marcar pelos EES)
	Realização de provas específicas (em duas chamadas) com data a marcar pelos EES (Julho)
PROVAS ESPECÍFICAS E VERIFICAÇÃO DE PRÉ-REQUISITOS	EES são responsáveis pela correcção das provas, seriam os candidatos e informam GCIES
	GCIES divulga resultados da colocação dos candidatos e informa cada EES da lista de candidatos nele colocados. É tomada em atenção a existência de contingentes de vagas (geral e especiais)
↓	Restando vagas não preenchidas, o GCIG promove 2 ^a fase de candidatura
	Os candidatos colocados em determinado EES matriculam-se nele e inscrevem-se no ano lectivo (dentro dos prazos estabelecidos, por despacho do ME). Não podem matricular-se simultaneamente noutros EES (dependentes do ME, públicos, particulares ou cooperativos).
DIVULGAÇÃO DAS COLOCAÇÕES	Podem matricular-se igualmente no EES contingentes de supranumerários e contingentes especiais (a regular pelo ME).
↓	
MATRÍCULAS	

Legenda: PGAES – Prova Geral de Acesso ao Ensino Superior; EES – Estabelecimento de Ensino Superior, DGES – Direcção Geral de Ensino Superior, ME – Ministério de Educação, GCIES – Gabinete Coordenador do Ingresso no Ensino Superior.

Poderá daqui concluir-se que a desejada e anunciada participação do ensino superior na escolha dos seus candidatos se situa bastante aquém do previsto. De acordo com um recente artigo de opinião publicado num seminário (1), o Ministro da Educação justifica o peso máximo da prova específica, fixado em 37,5 por cento, como forma de “impedir o poder discricionário das escolas superiores”.

Em nosso entender, o preâmbulo sob a autonomia da Universidade e as responsabilidades desta em relação aos seus candidatos só beneficiariam em coerência se, ao invés das limitações impostas, fosse conferida ao ensino superior a liberdade de escolher os seus próprios critérios de selecção.

O segundo ponto crítico da nova lei de acesso prende-se com o carácter insubstituível e determinante que é atribuído à prova geral de acesso. De acordo com aquela legislação, e ainda no artigo supracitado, a prova geral de acesso é “destinada a aferir o domínio básico da expressão e comunicação em Português e a maturidade cultural do candidato”. Para lhe garantir aqueles propósitos, é atribuída à prova um peso mínimo de 30 por cento no processo de seriação.

As intenções expressas pelo legislador e autoridades governamentais não anulam, porém alguns equívocos. Assim, tem sido posta em causa a legitimidade de avaliar a capacidade de compreensão e expressão em Português ao fim de 11 anos de aprendizagem daquela disciplina; fazê-lo, seria negar idoneidade ao ensino daquela disciplina e/ou mantê-lo dissociado do ambiente sócio-cultural dos candidatos (2). Poder-se-á também invocar que a preparação conferida aos candidatos durante os 12 anos da escolaridade não foi orientada para a resolução de exames com as características que se prevêem para a prova geral de acesso.

Subsistirá ainda a dúvida sobre a importância que se atribui, ao fim de 12 anos de escolaridade, a todo um processo de aprendizagem e de desenvolvimento vocacional que é, deste modo, minimizado por uma prova de conhecimentos e capacidades gerais, a avaliar por critérios subjectivos quiçá, estes sim, discricionários. E em estreita subordinação às questões anteriores, fica por esclarecer o pleno significado, oportunidade e interesse pedagógico do actual 12^o ano.

Finalmente, a última questão mais controversa e, talvez, a mais sentida pelos candidatos, deriva das intenções de pôr em prática um processo de selecção em pleno período de formação de candidatos, sem que, para isso, tivessem sido acautelados os processos de ensino/aprendizagem e conteúdo dos respectivos programas.

Conclusões

Nada evitará que os candidatos este ano seleccionados sejam sujeitos a um processo de rigor duvidoso e de implantação intempestiva. Também nada garante que os candidatos a admitir este ano pela FML se revelem detentores de qualidades e capacidades ímpares para a aprendizagem e futuro exercício da Medicina ou, pelo menos, superiores às dos actuais alunos e médicos.

Para que esse objectivo possa ultrapassar o plano das boas intenções, haverá que dar força à autonomia universitária, conferindo-lhe um papel determinante na selecção dos seus candidatos e na seriação das suas capacidades.

Entre outras questões a dar solução, não será o perfil psicológico e moral um factor de incontestável importância na selecção dos candidatos a Medicina? Quanto se saiba este aspecto ainda não está contemplado no regime de acesso ao ensino superior que agora entra em vigor. Todavia, mesmo que o estivesse, não continuaria o “domínio do Português e a maturidade cultural dos candidatos”, adquiridos por mecanismos extra-curriculares, a prevalecer muito largamente sobre aqueles pré-requisitos?

Relativamente às Faculdades de Medicina, o actual regime de acesso requer reajustamentos a prever e definir desde já. Como está, não satisfaz.

Bibliografia

- 1 – Roberto Carneiro – Acesso ao Ensino Superior. Expresso 4/Março/1989
- 2 – Reis Torgal L, Simões Rodrigues A – Um novo Labirinto de Ceuta. Diário de Notícias 20/Novembro/1988

Anotações sobre o Novo Sistema de Acesso à Universidade*

O Dec. Lei 354/88 de 12 de Outubro formalizou um novo regime de Acesso ao Ensino Superior (ver organigrama em Quadro I). Este processo é apresentado como um corolário natural da Lei de Bases do Sistema Educativo, com “responsabilização predominante das instituições do ensino superior”, implícita no quadro da autonomia universitária. Este sistema de selecção, a vigorar já em 1989 e que veio substituir os contestadíssimos Exames de Aferição, tem sido igualmente motivo de significativa rejeição por parte de associações de alunos, professores e encarregados de educação. Em linhas gerais, a inovação do actual processo de admissão centra-se na “Prova Geral de Acesso”, pela qual o Governo procura avaliar o “desenvolvimento intelectual, domínio da língua Portuguesa ao nível da compreensão e expressão e a criatividade cultural” dos candidatos.

Ainda que aquela prova não seja eliminatória, os seus resultados são determinantes para a seriação dos candidatos. O seu peso na classificação geral nunca pode ser inferior a 30% nem menor que o de qualquer das restantes classificações, obrigatórias (as do ensino secundário) ou eventuais (provas específicas e pré-requisitos).

Do mesmo modo, o peso específico a atribuir obrigatoriamente à classificação do ensino secundário varia entre 25% e 50%. Assim, se as instituições do ensino superior prescindirem das provas específicas e de pré-requisitos, o valor relativo da prova geral de acesso pode oscilar entre 50% e 75% da pontuação total.

A definição dos critérios de seriação dos candidatos (peso relativo das classificações obrigatórias e eventuais, natureza e programas destas últimas, e outros pormenores irrelevantes) é da exclusiva atribuição da Direcção Geral do Ensino Superior. Todavia, mesmo essas atribuições são condicionadas: (a) o peso específico da classificação obrigatória não pode exceder o limite definido por lei, e (b) os programas de eventuais provas específicas têm de se cingir aos das disciplinas do ensino secundário.

* OC – In: Boletim da FML 1989; 39:10, 8, 9.

**Quadro I – Organigrama de Acesso ao Ensino Superior.
Dec-Lei 354/88 de 12 Outubro**

CRITÉRIOS DE SERIAÇÃO E VAGAS	EES estabelece vagas, tipo de provas específicas e pré-requisitos
	Reitoria aprova (?) e informa DGES
↓	Despacho ME define datas (de inscrição e realização de provas de acesso)
	Candidatos inscrevem-se nas PGAES (Fevereiro)
PROVA DE ACESSO AO ENSINO SUPERIOR	EES publicam edital e afixam programas de provas específicas e pré-requisitos (até 15/Fev.)
	Duas chamadas (Páscoa e 3º período escolar)
↓	Júri nomeado pelo ME é responsável pela correcção das PGAES
	Divulgação de resultados (Maio-Junho)
CANDIDATURA ÀS FACULDADES	Candidatos inscrevem-se em 6 pares de EES/Curso (Maio a Julho)
	GCIES informa sobre número total e identificação dos candidatos que escolheram cada EES
↓	Candidatos cumprem pré-requisitos (de Abril até data a marcar pelos EES)
	Realização de provas específicas (em duas chamadas) com data a marcar pelos EES (Julho)
PROVAS ESPECÍFICAS E VERIFICAÇÃO DE PRÉ-REQUISITOS	EES são responsáveis pela correcção das provas, seriam os candidatos e informam GCIES
	GCIES divulga resultados da colocação dos candidatos e informa cada EES da lista de candidatos nele colocados. É tomada em atenção a existência de contingentes de vagas (geral e especiais)
↓	Restando vagas não preenchidas, o GCIG promove 2ª fase de candidatura
	Os candidatos colocados em determinado EES matriculam-se nele e inscrevem-se no ano lectivo (dentro dos prazos estabelecidos, por despacho do ME). Não podem matricular-se simultaneamente noutros EES (dependentes do ME, públicos, particulares ou cooperativos).
DIVULGAÇÃO DAS COLOCAÇÕES	Podem matricular-se igualmente no EES contingentes de supranumerários e contingentes especiais (a regular pelo ME).
↓	
MATRÍCULAS	

Legenda: PGAES – Prova Geral de Acesso ao Ensino Superior; EES – Estabelecimento de Ensino Superior, DGES – Direcção Geral de Ensino Superior, ME – Ministério de Educação, GCIES – Gabinete Coordenador do Ingresso no Ensino Superior.

Na prática, estas provas específicas quase que representam os anteriores exames de admissão à Universidade, em vigor nas décadas de 60 e 70. A sua realização fica ao exclusivo critério de cada estabelecimento de ensino superior e, no máximo, contribuem apenas para 33,3% da classificação global.

Concluindo, o novo regime de acesso é formulado no quadro do desenvolvimento da autonomia universitária, para uma maior responsabilização do estabelecimento do ensino superior na selecção dos candidatos. Todavia, a capacidade real de selecção conferida à Universidade não é extensível aos critérios que, pela lei, devem ser obrigatoriamente satisfeitos, isto é, à prova geral de acesso e às classificações do ensino secundário. Pelo mínimo, o conjunto daqueles critérios perfaz 2/3 do valor global do processo de seriação.

Em contraste, a autonomia permitida restringe-se efectivamente a questões de pormenor, as seguintes:

- (a) Rateamento do peso específico das diversas classificações (em limites pré-fixados) que podem contribuir para a seriação dos candidatos;
- (b) Decisão da realização de provas específicas, possíveis conteúdos (pré-condicionados aos programas do ensino secundário) e eventuais exigências de pré-requisitos;
- (c) Definição e divulgação pública daqueles programas e exigências do calendário dessas provas e eventual coordenação de datas entre estabelecimentos do ensino afins;
- (d) Classificação dos pontos sobre provas específicas;
- (e) Seriação dos candidatos (com base nos critérios definidos na Lei).

Para preparação do processo de candidatura, foram os diversos estabelecimentos do ensino superior agrupados em áreas afins. As Faculdades de Medicina estão, por isso, incluídas num conjunto de 12 instituições em que se incluem também Farmácia, Medicina Dentária e Medicina Veterinária. À excepção do Instituto Superior de Medicina Veterinária de Vila Real, todos os restantes estabelecimentos do grupo decidiram realizar provas específicas e exigir pré-requisitos, oportunamente divulgados na imprensa diária e afixados (Quadro II). De acordo com aquelas decisões os candidatos devem comprovar suficiente capacidade de comunicação interpessoal (pré-requisito) e demonstrar conhecimentos de matérias do programa do ensino secundário consideradas essenciais, sob a forma de dois exames escritos (previstos para o mês de Julho).

Em meados do próximo mês de Outubro é iniciado o processo de colocação dos candidatos, com base na respectiva seriação por cada estabelecimento do ensino superior. Nessa altura, a Faculdade de Medicina de Lisboa receberá 80 candidatos seleccionados por aqueles critérios, que vêm preen-

cher as vagas que a FML entendeu pedagogicamente aceitáveis. Porém, isto não implica que sejam apenas 80 os alunos a admitir pela FML (e certamente também pelos restantes estabelecimentos de ensino superior). Para além daquele contingente geral, haverá que contar ainda com candidatos em regime especial e os supranumerários.

Duas coisas são certas: as vagas indicadas pela FML transformar-se-ão, mais uma vez, em números sem significado real e o início do ano lectivo ocorrerá tardiamente, nas últimas semanas de Outubro.

Finalmente, ficará ainda por demonstrar se este novo regime de acesso permite seleccionar qualidades e capacidades superiores para a aprendizagem e futura prática da Medicina.

Quadro II – Candidatura de Acesso ao Ensino Superior nas Áreas de Medicina, Farmácia, Medicina-Veterinária e Medicina Dentária Programa e Requisitos

Pré-Requisitos	Ausência de deficiência psíquica, sensorial ou motora que interfira gravemente com a capacidade de comunicação interpessoal.
Condições Específicas	(a) Aproveitamento nas disciplinas de Biologia e Físico-Química do 10 ^o e 11 ^o anos (b) Aproveitamento na disciplina de Matemática do 12 ^o ano
Provas Específicas (realização de dois exames)	(a) Uma prova de Matemática do 12 ^o ano sobre os seguintes assuntos: – Complementos sobre sucessões numéricas – Complementos sobre funções reais de variável real – Complementos sobre derivadas de funções reais de variável real – Complementos sobre representação gráfica de funções de uma variável (b) Outra prova sobre Biologia, Física e Química dos 10 ^o e 11 ^o anos, sobre os seguintes assuntos: – Biologia: Célula e Hereditariedade – Física: Forças e Movimentos; Corrente Eléctrica – Química: Ligações Químicas; Reacções de Oxidação-Redução
CrITÉrios de SÉriação	(a) Prova Geral de Acesso 40 (b) Classificação do Ensino Secundário (10 ^o e 11 ^o – 15%; 12 ^o – 10%) (c) Provas Específicas 35%

Condições e Mecanismos de Acesso às Faculdades de Medicina*

Contingentes de Candidatura

O ingresso nas Faculdades de Medicina nacionais está desde 1989/90 condicionado por legislação específica (Dec. Lei nº 354/88), que se pretendia correctora de aberrações e inovadora de processos e perspectivas. Nessa data foi criteriosamente definido o regime de acesso para a generalidade dos estudantes que se candidatavam, agrupados sob a designação de “Contingente Geral”. Algumas das disposições originais, em particular referentes às provas específicas e vagas, foram objecto de modificações sucessivas (Decretos-Leis nºs 140/89, 33/90, 276/90 e 370/91).

Posteriormente foram regulamentadas as normas de admissão para minorias, repartidas por dois grupos distintos: “Contingentes Especiais” e “Supranumerários” (Portarias nº 733/89 e 592-8/89).

Qualquer destes grupos rege-se por mecanismos diferentes, está baseado em condições próprias de candidatura e tem repercussões distintas no total de alunos admitidos por cada Faculdade. Algumas destas especificidades contrastam com as restrições que o actual sistema de acesso tem criado aos candidatos do contingente global, além de anular potencialmente os objectivos subjacentes à definição do *numerus clausus* (Fig. 1).

Mecanismos de acesso e intervenientes

São identificáveis no sistema de acesso às Faculdades de Medicina (e restantes Estabelecimentos de Ensino Superior) três grupos principais de intervenientes. Um dos grupos é constituído pelos seus *Candidatos*, que deverão ser detentores de condições específicas de candidatura (variáveis com o contingente a que pertencem). Outro grupo é representado pelas *Faculdades de Medicina*, com autonomia para definir critérios de selecção e

* A – In: Boletim da FML 1992; III Série, (2): 21-25.

seriação próprios mas sem competência para os activarem por si. Finalmente, o terceiro grupo engloba a *Reitoria, Direcção Geral de Ensino Superior (DGES) e Conselho de Reitores das Universidades. Portuguesas (CRUP)*, os quais, na realidade, definem e coordenam todo o processo com base nas propostas das Faculdades e perspectivas globais. O mecanismo representado na Fig. 2, embora englobando os principais intervenientes, aplica-se virtualmente só aos estudantes do contingente geral. Estes candidatos, definidos por condições de candidatura específicas, concorrem através de um concurso nacional às vagas disponibilizadas (propostas e aceites superiormente) por cada Faculdade de Medicina (Quadro I).

Nos contingentes especiais inserem-se quatro grupos de candidatos (Quadro II):

- a) Titulares de exame especial de avaliação da capacidade para acesso ao ensino superior, maiores de 25 anos (ex. exames “*ad-Hoc*”);
- b) Titulares de cursos médios e superiores;
- c) Titulares de matrículas e inscrição em curso do ensino nacional ou estrangeiro;
- d) Nacionais brasileiros titulares de qualificações para matrícula e inscrição no ensino superior brasileiro.

Todos os candidatos destes contingentes especiais têm ingresso através de concursos especiais, com acesso aos cursos superiores para que têm habilitações afins dos EES à escolha. Exceptuam-se os candidatos do grupo (a), obrigados a concorrer para a Faculdade de Medicina onde fizeram exame.

O ingresso através dos contingentes especiais é limitado por vagas adicionais (ao *numerus clausus*), propostas por cada Faculdade e sancionadas pela respectiva Reitoria.

Os “Supranumerários” englobam actualmente seis situações distintas, resumidas no Quadro III. As condições de acesso gerais de candidatura dos estudantes dos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) são evidenciadas no Quadro IV.

Os candidatos de qualquer dos grupos abrangidos pelo estatuto de supranumerário são dispensados da prova geral de acesso, provas específicas e da entrevista, as quais são condições indispensáveis e requisitos incontornáveis para qualquer estudante do contingente geral. Adicionalmente, não há limite de vagas para os candidatos supranumerários. O benefício é ainda extensivo a familiares de funcionários de missões diplomáticas (nacionais ou estrangeiras), sem condicionamento de tempo de actividade nessa qualidade. Teoricamente, qualquer familiar até ao 3^o grau em linha colateral de um funcionário de missão diplomática naquelas condições, desde que seja menor de

25 anos, esteja (na véspera do concurso) no local donde concorre e possua o 12^o ano de escolaridade ou equivalente, poderá ingressar na Faculdade de Medicina de Lisboa, ou outras, como supranumerário.

Entretanto, para os bolseiros e outros funcionários públicos no estrangeiro, e seus familiares, é-lhes exigido um mínimo de estadia de 2 anos em missão.

Desde 1989/90, os estudantes dos PALOP têm de frequentar o 12^o ano de escolaridade num estabelecimento de ensino secundário português, ou ter escolaridade considerada equivalente (pelas instituições portuguesas), para se poderem candidatar a um EES português (Quadro IV). Todavia, quer para se inscreverem no 12^o ano de escolaridade ou, mais tarde, no EES, todo o processo tem de ser encaminhado através dos canais diplomáticos, no âmbito dos acordos de cooperação oficiais vigentes (Fig. 3), o que torna o mecanismo de acesso complexo e moroso.

É de notar que os estudantes são colocados directamente pelas Direcções Gerais (do ensino secundário ou superior) nos estabelecimentos do ensino que aquelas entendam mais adequados, sem qualquer interferência destes. Através destes mecanismos, a FML tem aceite todas as matrículas de estudantes dos PALOP que a DGES vem autorizando desde 1989/90.

Admissões na FML em 1991/92

A FML definiu e propôs superiormente 90 vagas para o 1^o ano do ano lectivo de 1991/92 (Fig.4). Deste total, 13 lugares foram afectados a subgrupos especiais (conforme percentagens definidas pelo art^o 9^o da Portaria 418/91) dos candidatos existentes: Região Autónoma dos Açores (3), Região Autónoma da Madeira (3), Território de Macau (1), Emigrantes portugueses e seus familiares (6); não foi preenchida a fracção (1%) reservada para candidatos portadores de deficiências físicas ou sensoriais. As 77 vagas remanescentes foram preenchidas pelos candidatos do contingente geral do Continente, utilizando como critérios as classificações de seriação mais elevadas entre as obtidas pelos 732 alunos que optaram por concorrer à FML. É de notar o elevado nível das classificações de seriação (habitualmente) apresentadas pelos candidatos admitidos na FML, em que o último colocado do contingente do Continente obteve a pontuação de 89,8 (em 100). Esta pontuação foi contudo inferior à do último colocado da Madeira (90,2%) mas superior à de todos os restantes subgrupos, (por ordem decrescente): Açores (77,4%), Macau (73,6%) e Emigrantes (56,4%).

Relativamente aos contingentes especiais foram admitidos, para vagas especialmente autorizadas pela Reitoria, apenas três candidatos (2 estudantes nacionais provenientes de outros sistemas de ensino superior e 1 estudante brasileiro).

Finalmente, sem restrições de número de vagas nem outras condições de candidatura exigidas a todos os restantes candidatos, ingressaram como supranumerários da FML 28 estudantes. Destes, 20 são nacionais dos PALOP, 7 têm estatuto de diplomatas (5 estrangeiros) e 1 encontra-se sob o estatuto de atleta de alta competição.

No conjunto, ingressaram no 1º ano da FML em 1991/92 121 estudantes, 25% dos quais além do *numerus clausus* definido pela FML em data oportuna.

Justifica-se uma próxima análise longitudinal do rendimento escolar, nas Faculdades de Medicina, por cada um dos grupos considerados. Observações preliminares já demonstraram que grande parte do insucesso escolar está localizada nos estudantes admitidos na FML sob condições especiais.

Todavia, resta esclarecer se o rendimento escolar de todos os restantes (admitidos com classificações elevadas e provas específicas rigorosa) reflecte, na realidade, qualidades humanas e académicas superiores e mais adequadas ao exercício da profissão médica do que as dos estudantes admitidos em anos anteriores e sob esquemas de admissão diferentes.

Agradecimentos

A colaboração da Sra. D. Elisa Silva (Secretaria da FML), no apoio dos elementos e legislação fornecida, é reconhecida pelo autor. Emília Alves (Instituto de Bioquímica) dactilografou o texto.

Quadro I – Especificidade do sistema de acesso às Faculdades de Medicina dos alunos do contingente geral

<i>Condições de candidatura</i>	Estudantes nacionais com: – Aprovação no 12.º ano de escolaridade – PGA no ano da escolaridade – Sem curso superior
<i>Mecanismo de Acesso</i>	Concurso Nacional
<i>Cursos e Candidatura</i>	Afins à habilitação no Ensino Secundário

Quadro II – Particularidades das condições, mecanismos de acesso e cursos de candidatura dos estudantes que se encontram no âmbito dos contingentes especiais.

<i>Condições de candidatura</i>	<i>Mecanismo de acesso</i>	<i>Cursos de candidatura</i>
a) Estudantes com mais de 25 anos e aprovação no Ex. Extr. Aval. Cap. Acesso Ens. Superior	Concurso especial realizado exame	Para o EES e curso onde foi realizado exame
b) Estudantes nacionais titulares de Cursos Superiores ou Curso Médico (com titularidade de Curso Compl. do Ens. Sec. ou 10 ^o /11 ^o anos de escolaridade: – Magist. Primário – Enfermagem Geral – Educ. de Infância	Concurso especial	Qualquer
c) Estudantes nacionais provenientes de outros sistemas de Ens. Superior: – Matrícula anterior no Ens. Sup. Nac. – Matrícula ou titul. (sem equivalência) em Curso Sup. no estrangeiro	Concurso especial	Congéneres de inscrições anteriores, ou não congéneres mas com aprovação nas disciplinas específicas
d) Estudantes brasileiros com qualificação para acesso no Ens. Sup. Brasileiro (reciprocidade)	Concurso especial	Afins às habilitações obtidas nos Ens. Sec. Brasileiro e Português

Quadro III – Situação dos candidatos potenciais abrangidos pelo estatuto de supranumerários e condições para acesso ao Ensino Superior nacional.

<p><i>Condições exigíveis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionários portugueses de missão diplomática no estrangeiro e seus familiares* • Funcionários estrangeiros em missão diplomática em Portugal e seus familiares* • Bolseiros e funcionários públicos no estrangeiro e seus familiares (em missão há mais de 2 anos) • Oficiais do quadro permanente das Forças Armadas, no âmbito das necessidades e acordos específicos das F.A. • Atletas de alta competição

(continua)

<ul style="list-style-type: none"> • Naturais e filhos de naturais dos territórios sob administração portuguesa, mas temporariamente ocupados por forças armadas e Estados estrangeiros <p><i>Outras Condições Exigidas</i></p> <p>– 12^o ano de escolaridade ou equivalente</p> <p><i>Não exigido</i></p> <p>– Prova Geral de Acesso</p> <p>– Provas Específicas</p> <p>– Entrevista</p> <p>– Cabimento de vagas</p> <p>* São familiares – cônjuge ou parente ou afins em linha recta e até ao 3^o grau da linha colateral, menores de 25 anos.</p>

Portarias n^o 592-8/89 de 29 de Julho, n^o 773/89 de 28 de Agosto, n^o 811/90 de 10 de Setembro, e n^o 895-A/91 de 30 de Agosto.

Quadro IV – Condições exigidas para acesso dos estudantes nacionais de países africanos de língua oficial portuguesa

Mecanismos de candidatura dos estudantes nacionais dos PALOP	
<i>Condições exigidas</i>	<i>Cursos de Candidatura</i>
<ul style="list-style-type: none"> • 12^o ano de escolaridade ou equivalente <p>Ou</p> <p>Inscrição 2 ou mais anos em curso superior estrangeiro com metade ou mais de aproveitamento nas disciplinas de inscrição</p> <p>Ou</p> <p>Matrícula anterior em EES português retomando os estudos em outro EES no mesmo curso, após interrupção pelo menos de 1 ano lectivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nacionalidade não portuguesa • Bolsa de estudo <p>Sem curso superior</p>	<p>Afins às condições específicas e pré-requisitos</p> <p>Ou</p> <p>Congéneres daqueles em que haja inscrição prévia (Curso estrangeiro – no mínimo 2 anos e aproveitamento em metade das disciplinas de inscrição)</p> <p>Ou</p> <p>Os mesmos em que haja inscrição prévia (curso português)</p>
<p><i>Condições não requeridas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prova Geral de Acesso • Prova Específica • Entrevista • Cabimento de Vagas 	

Portaria n^o 592-B/89 (29 de Julho)

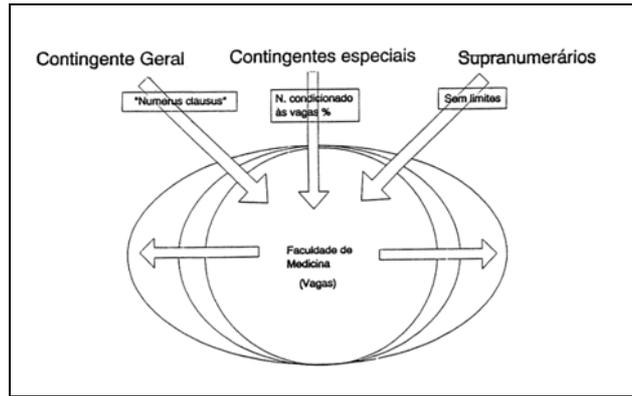


Fig. 1 – As vagas para cada Faculdade de Medicina são propostas por cada uma destas instituições e ratificadas superiormente. O ingresso dos candidatos do contingente geral e dos contingentes especiais é condicionado pelas vagas disponíveis anualmente. Em contraste, para os estudantes supranumerários não há limitação de vagas, o que tende a inflacionar significativamente o “numerus clausus” definido por cada Faculdade.

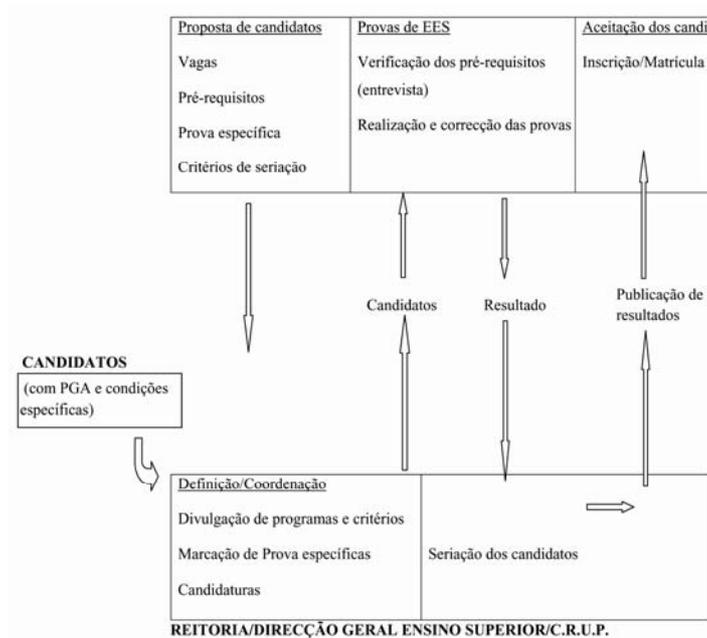


Fig. 2 – Integração funcional e capacidades específicas dos três principais interventores do mecanismo de selecção dos novos alunos de medicina. O mecanismo apresentado é válido especificamente para os candidatos do contingente geral.

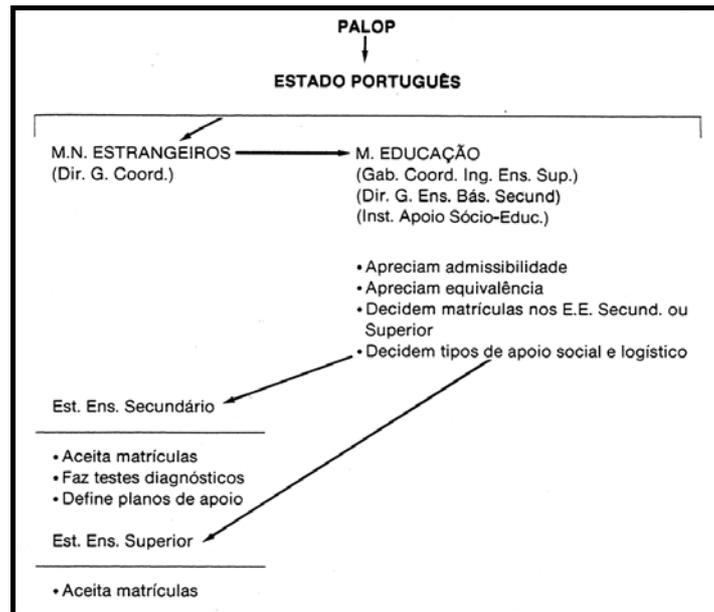


Fig. 3 – Esquema simplificado do encaminhamento burocrático das candidaturas dos estudantes de qualquer dos países africanos de língua oficial portuguesa para a frequência do ensino secundário ou superior, portugueses. Portaria nº 592-B/89 (29 de Julho).

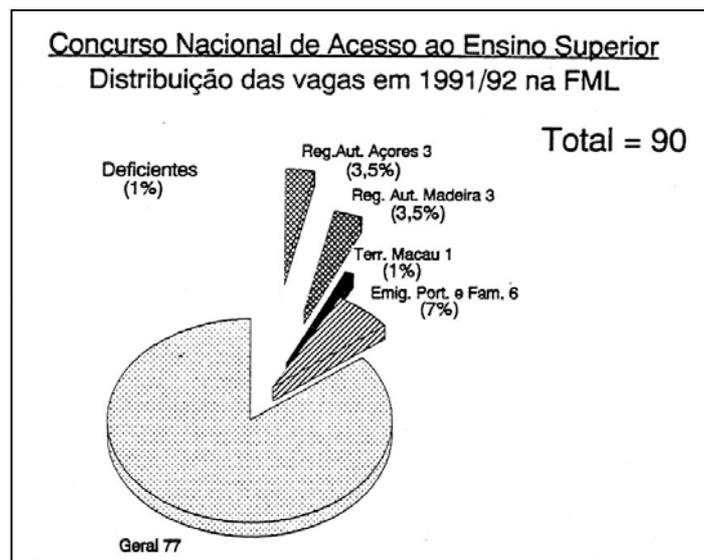


Fig. 4 – Distribuição das vagas abertas pela FML em 1991/92.

O Acesso em Debate. Razões para uma Mudança*

Realizou a SPEM nesta segunda fase da sua existência, duas reuniões científicas sobre o “Acesso às Faculdades de Medicina”. Outros temas haveriam para um recomeço, quiçá mais interessantes e susceptíveis de congregar vastas audiências de médicos. Eventualmente, alguns desses assuntos até teriam maior premência se acaso fosse possível estabelecer uma escala de prioridades quando, como sucede em Educação Médica, existe tanto para resolver ou a justificar revisão urgente.

Todavia, pareceu-nos que o “Acesso” seria um bom tópico para começar, por duas razões principais. Primeiro, a escolha dos continuadores de qualquer classe profissional com tradições e responsabilidades vincadas, é uma preocupação legítima. E este cuidado acentua-se quando a área de actuação inclui objectivos tão fulcrais como são a saúde e a vida dos nossos semelhantes, ou o progresso da ciência médica. Em segundo lugar, abordar o Acesso às Faculdades de Medicina representa a entrada de chofre num problema escaldante e pleno de contradições, que vem movimentando desde 1989/90 muitos milhares de candidatos, pais, educadores e governantes.

Esta aparente largueza de números e a focalização do problema às Faculdades de Medicina não representa senão uma parcela da problemática nacional em que se tomou o Acesso às Universidades Portuguesas. Na realidade, não é possível dissociar as Faculdades de Medicina do contexto de uma Lei que defende a normalização do regime de admissão à escala nacional, apesar de invocar a autonomia das Universidades para o fazer. Todavia, entre o centralismo de 1989/90 – quase limitado à Prova Geral de Acesso e às classificações escolares obtidas (sabe-se lá em que condições) pelos candidatos no ensino secundário – e o momento actual, pouco há que justifique terem as Faculdades adquirido capacidade autêntica para escolherem (no sentido estrito da palavra) os seus candidatos.

As Faculdades de Medicina viram-se confrontadas, de um momento para o outro, com a imposição de um mecanismo de admissão para o qual

* NE – In: Boletim da SPEM, 1992; 2:1-3.

não foram consultadas. A escolha dos seus candidatos passou a fazer-se através de um conjunto de classificações em que se inclui a Prova Geral de Acesso (preparada e classificada por um júri em que as Faculdades de Medicina não intervêm), e a que se somam os resultados das disciplinas nucleares dos 10^o – 12^o anos do ensino secundário (em que também não interferem) e, por fim, dos resultados das provas ditas específicas (elaboradas e classificadas exactamente sobre as mesmas matérias de que já houve avaliação no ensino secundário). Isto é, as Faculdades de Medicina como que se prestam a confirmarem a eficácia da aprendizagem dos candidatos no ensino secundário, o que não deixa de levantar questões delicadas.

Por outro lado, desde o início, as provas específicas das Faculdades de Medicina foram preparadas em comum com as das Faculdades de Farmácia, Medicina Veterinária e Medicina Dentária. Esta estranha aglutinação terá constituído uma solução provisória que, ao fim de três anos, permanece curiosamente imutável.

Outra medida transitória foi a de juntar três áreas de conhecimentos adquiridos nos 10^o – 11^o anos do ensino secundário (Biologia, Física e Química) numa única prova, abreviadamente designada por BFQ, sendo a Matemática do 12^o ano a segunda prova específica. Todavia, ao entrar-se no quarto ano do “novo” regime de acesso ao ensino superior, verifica-se, também aqui, que a solução de emergência cristalizou na BFQ.

Neste intervalo, nem as Faculdades em que se integraram as de Medicina (abreviadamente designadas por Med/Farm) tiveram artes para avaliar a justeza, eficácia e previsibilidade das provas específicas que realizam, nem se lhes antevêm iniciativas consentâneas no quadro da autonomia que lhes é devida. Mais extraordinariamente ainda., “*no quadro da autonomia das instituições do ensino superior*”... a que cabe a... “*fixação, de habilitações específicas do ensino secundário de que os candidatos de cada curso devem ser titulares*” (Dec-Lei n^o 359/88, de 12 de Outubro) verifica-se que essa autonomia é condicionada. De acordo com a alínea 1, art^o 26, Dec. Lei n^o 379/91 de 9 de Outubro, as provas específicas propostas por cada par curso/estabelecimento são fixadas por deliberação conjunta do Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas – CRUP, desde que solicitadas por “*pelo menos quatro instituições*” (Regulamento do CRUP).

Todavia, apesar do grupo das Med/Farm englobar mais de quatro Faculdades e de (em reunião de 18/Novembro último, em Coimbra) ter sido reiterada a opção pela Matemática do 12^o ano para uma das suas provas específicas (como aliás, vem referido nos critérios definidos para os alunos no Guia de Acesso para 1991 e 1992), aquela proposta não foi tomada em conta. Em seu lugar, foram as Faculdades informadas de que a prova de Matemática para 1992/93 abrangeria o programa do 10^o – 11^o por “*solicitação*” das Instituições que, na realidade, nada solicitaram.

Os Professores responsáveis pelo ensino da Matemática nas Faculdades do grupo Med/Farm manifestaram-se contrários a uma prova específica limitada ao programa dos 10^o – 11^o anos, considerada muito insuficiente perante os programas que vêm leccionando. Adicionalmente, não são conhecidas avaliações do sistema que fundamentem a modificação dos critérios de acesso na área da Matemática. Assim, há que concluir que o nível de conhecimentos das provas específicas em vigor para o grupo das Faculdades Med/Farm, além de ser aleatório, não foi definido pelas Instituições. Em segundo lugar, os critérios estabelecidos para os candidatos são condicionados por princípios centralizadores de raiz burocrático-económica, encasulados em roupagens de autonomia muito discutível. Nesta perspectiva, será com muita apreensão que as Faculdades de Medicina e a SPEM preparam a reformulação desses critérios, que são do seu direito, à luz da indispensável avaliação do sistema em que seleccionam os futuros médicos.

As duas reuniões sobre o “Acesso às Faculdades de Medicina” promovidas pela SPEM clarificaram muito do que se sabia mas que não havia sido ainda sistematizado.

Não restam dúvidas de que o passado académico dos candidatos é apenas uma das variáveis a incluir no processo de selecção. Por sua vez, tomar as classificações apresentadas pelos candidatos, e utilizadas no processo de seriação, como representativas de conhecimentos adquiridos na fase pré-universitária será uma extrapolação pouco credível. Há razões para admitir que os alunos são portadores de classificações, não de conhecimentos.

Acresce que esses conhecimentos são considerados insuficientes pelas Faculdades de Medicina, pese embora a diversidade de informações (superficiais e deslocadas) que vêm sendo incluídas nos programas das ciências biológicas e físico-químicas. Muito sumariamente, e juntando-se aos docentes de Matemática, clamam os responsáveis pelo ensino de Biologia Celular nas Faculdades de Medicina de que os novos alunos conhecem pouco da célula e dos seus fundamentos, os docentes de Biofísica referem a falta de preparação em capítulos fundamentais, e os de Bioquímica salientam a carência de conhecimentos na área da Química Orgânica, na realidade quase “escamoteada” do programa.

Estas insuficiências de conhecimento vêm justificando propostas para que, em substituição do 12^o ano, seja criada um “Ano Zero” sob orientação mista (Ensino Secundário – Universidade).

A selecção para Medicina envolve ainda um plano diferente de apreciação, que é o do perfil de carácter, qualidades pessoais e motivações dos candidatos.

Até a data, apenas a Faculdade de Medicina de Lisboa inclui, desde 1990/91, a apreciação daquelas características individuais sob a forma de uma entrevista, entre os seus critérios específicos. A utilização da entrevista,

como critério de seriação por todas as restantes Faculdades de Medicina, foi uma das principais recomendações do debate recém-concluído na SPEM.

Aliás, a inclusão dos critérios de apreciação das qualidades pessoais, a par dos critérios académicos, constituiu uma das recomendações do 1st MEDITERRANEAN MEDICAL MEETING, realizado em Creta a 29 de Setembro de 1989, com representação portuguesa. A principal dificuldade do processo ainda se baseia na objectivação, com o possível rigor, das qualidades intrínsecas dos candidatos, além de requerer a clarificação de quais são os atributos pessoais que se perspectivam no futuro médico.

A delicadeza da tarefa de transformar em objectivo muito do que é subjectivo representa, indubitavelmente, uma fonte de preocupações e polémicas, contudo indispensáveis no caminho a seguir para uma selecção criteriosa pelas Faculdades de Medicina dos candidatos com qualidades exigíveis, naturalmente diferentes dos que vão seguir Farmácia ou Veterinária.

A utilização de critérios exclusivamente académicos será como que como uma lamentável redução de perspectivas, comparável à observação de uma paisagem apenas em duas dimensões.

Qualidades como a inteligência, perseverança, altruísmo, honestidade e entusiasmo, desejáveis no “bom” médico (e nos nossos futuros colaboradores), e, que portanto, devem estar presentes nos candidatos a escolher pelas Faculdades de Medicina, podem não ser evidentes pelo aproveitamento escolar ou do resultado da prova geral de acesso. Na generalidade das vezes, aquelas qualidades são riquezas pessoais timidamente ocultadas, ou mesmo ignoradas pelos seus possuidores. A tarefa das Faculdades de Medicina será descobrir tais potencialidades entre a imensidão dos seus candidatos, também com perseverança e muito rigor.

Descobrir diamantes na areia nunca foi fácil. Todavia, será o mínimo indispensável para que os candidatos escolhidos tenham, efectivamente, capacidades não só académicas mas também humanísticas e humanitárias, exigíveis pela profissão a que pretendem vincular-se.

A SPEM terá urna palavra a dizer no mecanismo que vem sendo imposto para a selecção dos futuros médicos. As reuniões agora concluídas foram a oportunidade para fazer o “ponto de situação”. O trabalho continuará agora em comissão especial, de que se esperam conclusões e propostas em tempo útil. Com a colaboração de todos os sócios da SPEM, espera-se que o Amanhã seja mais justo e eficaz.

Ainda uma Palavra sobre o Acesso às Faculdades de Medicina*

De acordo com a Lei nº 108/88, de Setembro as Universidades passaram a ter autonomia de âmbito diverso, ainda que enquadrada na política nacional de educação, ciência e cultura formulada pelo Estado. O Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas (CRUP) é, no contexto, o órgão coordenador e representativo das Universidades. No pressuposto da autonomia universitária, tem sido incluída a capacidade das faculdades poderem seleccionar os seus alunos mediante critérios próprios. O Dec-Lei 354/88 de 12 de Outubro (na origem do “ex-novo” regime de acesso em que se incluía a PGA) não deixava de referenciar as suas origens à Lei-Base do Sistema Educativo, e de ter em conta o “*quadro de autonomia das instituições do ensino superior*”.

Toda a documentação daí emergente (desde 1988 e até ao momento) dá destaque à “Autonomia Universitária”, conferindo-lhe o poder de opinião e autoridade sobre os assuntos que, naturalmente, estão na área das suas competências, pedagógica e científica. Em Junho de 1991, em nota emanada da Direcção-Geral do Ensino Superior (DGSP) para todas as Faculdades, a propósito da preparação das condições de acesso ao ensino superior em 1992, era salientado que “... *cabe às Instituições de Ensino Superior, no quadro da sua autonomia, definir as disciplinas do ensino secundário necessárias ao ingresso em cada um dos seus cursos*”.

Todavia, as realidades nem sempre coincidem com os propósitos aparentes do legislador ou, pelo menos, com a semântica utilizada na legislação publicada.

Assim, o significado do termo “autonomia” pode variar com as vertentes de observação ou interesses globais. É costume dizer-se que “o poder é conquistado e nunca oferecido”. E, no caso presente, a autonomia não será tanta como se poderia inicialmente entender e desejar.

* NE – In: Boletim da SPEM 1992; Ano 2, 3:1-4.

De facto, pela alínea 1 do artigo 26^o do DEC. Lei n^o 379/91 de 9 de Outubro, a autonomia atribuída às Instituições do Ensino Superior na definição dos critérios de acesso aparece claramente limitada à capacidade de apresentar propostas. Estas “sugestões” são apresentadas pelas Faculdades aos reitores das respectivas Universidades, que as submetem ao CRUP. Daqui resulta que as provas específicas de acesso em cada Faculdade são definidas, regulamentadas e coordenadas pelo CRUP, que também assegura a sua execução.

Cerca de 15 dias depois da publicação daquele decreto, o CRUP promoveu uma reunião em Coimbra, para a qual foram convocados os presidentes dos conselhos directivos, científicos e dos júris das provas dos diversos Estabelecimentos de Ensino Superior (EES). A reunião tinha por objectivos (a) fazer o ponto da situação e analisar as dificuldades verificadas em 1991 e (b) organizar o processo de acesso para 1992, em que se incluíam as novas disposições de estrutura e coordenação de cada prova específica. Nessa reunião tornou-se notório o empenhamento do CRUP em reduzir ao máximo o elenco das provas específicas a definir por cada EES. Nas medidas então anunciadas, as pretensões dos EES poderiam não ser atendidas se não estivessem conforme as limitações pré-estabelecidas pelo CRUP. Alguns dos pontos focados na reunião mereceram contestação por parte dos representantes de EES. Discutiram-se os limites da autonomia universitária e os objectivos das provas específicas, perante as medidas constritivas de carácter administrativo-económico então anunciadas. Cerca de uma semana depois o CRUP enviava para as universidades uma proposta de provas a realizar em 1992, algumas das quais em discrepância com as pretensões das Faculdades. Designadamente, a proposta formulada pelo júri das provas de Medicina, Medicina Dentária, Medicina Veterinária e Farmácia (EES que integram o mesmo grupo para efeitos de provas específicas) foi recusada pelo CRUP, “*que decidira, com os parceiros sociais, a substituição da prova de matemática do 10^o e 12^o anos pelos programas dos 10^o e 11^o anos*”. Em consequência deste desacerto, os EES do grupo em referência decidiram não realizar a prova de matemática. Tecnicamente, passou a haver um hiato entre as exigências pedagógicas dos cursos leccionados por aqueles EES e as capacidades cognitivas de matemática que pretendiam aferir por provas específicas que não foram autorizadas.

Entretanto, deu-se o desabamento de todo o sistema de acesso ao ensino superior, desencadeado por contestações generalizadas aos enunciados da PGA. De momento ainda nada está oficializado sobre o próximo sistema de acesso ao ensino superior. O pouco que se sabe deriva de noticiários nos *media*. Todavia, uma coisa é certa: as universidades (representadas pelo CRUP) constituíram a “grande minoria” de um conjunto de parceiros sociais que, num clima decerto muito emocional, decidiram sobre critérios (que são incumbência dos EES) de que pouco sabem.

Assim, “gozando de autonomia” atribuída por Dec. Lei, os EES prepararam-se para realizar a partir do próximo ano, quer queiram quer não, provas específicas apenas com matéria do programa do 12^o ano.

Ter acesso à Universidade é um direito que, por motivos diversos, nem todos os candidatos conseguem. Em princípio, ingressam na Universidade os mais aptos ao exercício das profissões que aí se ensinam, e os que cabem nos limites funcionais dos EES e do equilíbrio macroeconómico das profissões em causa. Conseguir ultrapassar aqueles limites será um desejo constante dos candidatos (e familiares) que, ano após ano, vêm recusar-se-lhes o acesso a uma opção de vida e/ou ao estatuto social que pretendiam.

O acesso a Medicina levanta problemas próprios da profissão. A licenciatura em Medicina não significa a garantia de um emprego administrativo, político ou de gabinete de projectos, entre outras possibilidades idóneas e bem consideradas socialmente. Ser médico equivale a ser confrontado com o sofrimento humano, com as limitações económicas, físicas e sociais dos doentes e seus familiares, com a morte e com a vida de pessoas que requerem apoio, intercomunicação e solução para os seus problemas. Ser médico significa ainda a estar eticamente vinculado à necessidade de uma actualização permanente, sem disso esperar benefícios que não sejam o melhor para o seu doente. Ser médico abrange motivações próprias para inovar e procurar respostas para as dificuldades da ciência em que se baseia a prática clínica.

Neste contexto – que constitui a interioridade de uma profissão que alguém já confundiu com o sacerdócio, não se afigura crível que todos os que o queiram sejam médicos mas, somente, aqueles que para tal tenham também capacidades. É por isso absurdo que a medida dessas capacidades possa ser – como o foi no passado recente e se pretende no futuro próximo – avaliada exclusivamente por critérios cognitivos, semelhantes aos utilizados no acesso a qualquer outro curso superior na área das ciências. É igualmente espantoso que os estudantes de Medicina possam estar a ser seleccionados por critérios exactamente idênticos aos utilizados pelas escolas Veterinárias. Todavia é o que sucede, fruto da legislação aplicada às universidades, no âmbito de uma autonomia, na realidade, (muito) condicionada.

Recomendações internacionais (emanadas da Federação Mundial de Educação Médica e de organismos associados) há muito que acentuam as particularidades da formação médica, dando relevo à necessidade de critérios especiais na escolha dos futuros clínicos. A utilização dos critérios não-cognitivos (em que se inclui a entrevista, como um dos processos a utilizar na definição do carácter e predicados dos candidatos a medicina) tem sido amplamente recomendada a nível internacional. Em Portugal a Faculdade de Medicina de Lisboa é a única a utilizar a entrevista como critério de seriação indispensável, em complemento dos conhecimentos apurados nas provas específicas. Tudo indica que as restantes Faculdades de Medicina nacionais

recorram também, no futuro, a critérios não-cognitivos para a selecção dos seus candidatos. Será esse o caminho lógico para que os futuros médicos sejam não somente os candidatos que tiveram melhores classificações em Biologia, Física e Química nas provas de acesso. Em amplos estudos realizados em diversos países, não se confirmou que os critérios cognitivos pré-universitários definam os candidatos mais capazes para o exercício da Medicina.

Entre nós nem esses critérios cognitivos poderão ser tomados a sério. É do conhecimento comum que a aprendizagem na área das ciências muito raramente utiliza a observação e os exercícios laboratoriais, limitando-se à memorização de factos, definições e pormenores teóricos. Os alunos chegam ao ensino universitário condicionados por uma aprendizagem passiva e sem motivações para a reflexão. Adicionalmente, há ainda a possibilidade dos alunos serem portadores de notas e não de conhecimentos. Há classificações inflacionadas que não correspondem à verdade dos factos, desequilibrando as hipóteses de candidatos impossibilitados de se transferirem para estabelecimentos de ensino em que a benevolência faz tradição. Eventualmente, o exame de aferição de que se fala para o próximo ano corrigirá muitas das injustiças nas classificações do ensino secundário.

Muito recentemente, e com base na urgência em definir as condições de acesso para os alunos que estão a matricular-se nos 10^o, 11^o e 12^o anos de escolaridade, foram os EES solicitados a “*seleccionar as provas específicas para 1993-1995 a partir de um elenco pré-fixado*”, com base em sugestões preparadas pelas Direcção-Geral do Ensino Superior. Estas indicações procuram que “*cursos similares possam ter condições de acesso iguais*”, adiantando-se que as “*sugestões da DGES em nada comprometem ou limitam a competência própria da Universidade, para fixar as provas que desejar... destinando-se apenas a constituir um eventual auxílio na preparação de uma resposta urgente por parte das instituições*”. Neste enquadramento, as Faculdades de Medicina (bem como as do grupo em que se integram) foram convidadas a optar por um dos conjuntos de disciplinas do 12^o ano: Biologia e Física ou Biologia e Química. Espantosamente, a sugestão das duas provas (e não das três) é fundamentada pelo facto daquela “*opção oferecer mais garantias de equilíbrio em relação a uma componente com o peso de 50%*” (isso pressupondo que as classificações do 10^o-12^o anos e exames de aferição totalizam os restantes 50%). Poderá concluir-se daqui que o leque de matérias a avaliar nas provas específicas tem, na perspectiva administrativa, importância secundária, senão mesmo discutível razão de existência.

Porém, enquanto as Faculdades eram convidadas a optar, já os estabelecimentos de ensino secundário procediam às matrículas (provisórias) dos alunos, seguindo as indicações das Direcções Regionais, sobre as disciplinas específicas para cada curso superior.

Estamos em crer que o processo de acesso seria menos surrealista se a lei de Autonomia Universitária nunca tivesse existido e se as Faculdades de Medicina continuassem a ser meras executoras das ordens superiores. No fundo, era tudo igual, e mais simples...

Manifestamente, as Universidades e as suas unidades orgânicas, de que as Faculdades de Medicina nacionais são parte, (ainda) não usufruem, perante o poder político, de competência e sentido da responsabilidade apropriados à escolha de critérios e à definição do perfil dos seus candidatos. O sistema prefere que a escolha dos futuros médicos continue a destacar os que obtiverem melhores classificações e/ou possuam capacidades ímpares para memorizar factos. Muito pelo contrário, as Faculdades de Medicina querem e devem escolher indivíduos com capacidade para serem bons clínicos, o que não significa, *ipso facto*, que estes sejam os que obtiveram as classificações mais elevadas nas disciplinas de Biologia, Física ou Química do ensino secundário e nas provas específicas de acesso.

Haverá razões fortes para especular que muitos candidatos que seriam excelentes clínicos ou investigadores médicos têm sido preteridos no acesso, apenas por não terem as classificações elevadas habitualmente requeridas. Às Faculdades de Medicina deve ser reconhecida a possibilidade de definir normas e objectivos que permitam a selecção dos futuros médicos entre os candidatos que não se “profissionalizaram” na obtenção de notas elevadas e possuam outros interesses dignificantes.

Muitos destes indivíduos têm sido detectados nas entrevistas, mas acabam por não ser admitidos nas Faculdades de Medicina. O sistema está errado, o que não significa, infelizmente, que se preveja a sua correcção em breve.

Haverá razões para temer que a escolha dos futuros clínicos continue a ser definida por regras de secretaria, sem fundamentos científicos nem base pedagógica, senão mesmo contrariando as indicações das Faculdades de Medicina. Resta a esperança de que a Sociedade Portuguesa de Educação Médica possa contribuir activamente para que, na selecção dos futuros médicos não “entremos no futuro a andar para trás”, como diria Paul Valéry.

Os Exames Ad Hoc no Âmbito do Acesso às Faculdades de Medicina*

Base Legislativa

Uma minoria dos estudantes tem sido admitida nas Faculdades de Medicina mediante aprovação no “Exame Extraordinário de Avaliação de Capacidade para Acesso ao Ensino Superior”. Esta prova (criada pelo Decreto-lei de 198/79, de 29 de Junho) tem por finalidade “*possibilitar o ingresso no ensino superior aos que não tendo habilitações escolares exigidas para tal e sendo maiores de 25 anos, mostrem possuir conhecimentos mínimos indispensáveis à frequência de um determinado curso superior, e capacidade, experiência e maturidade que os qualifique como candidatos a uma formação superior*”. No fundo, é dada sequência aos “Exames Ad Hoc” que vinham sendo realizados ao abrigo de legislação mais antiga (Dec-lei nº 47.587, de 10 de Março de 1967), em consonância com outras modificações do regime de acesso, em que se destacavam os *numerus clausus* e o alargamento da escolaridade para 12 anos. As condições de inscrição e a realização do Exame Extraordinário de Avaliação de Capacidade para o Acesso ao Ensino Superior (vulgo “Exame Ad Hoc”, e que será a designação utilizada neste texto em diante) foram posteriormente definidas pelo Ministério de Educação (e Cultura), através da Portaria nº 429/80, de 24 de Julho.

Essencialmente, o “Exame Ad Hoc” serve para que o candidato aprovado fique autorizado a matricular-se e a inscrever-se (apenas e exclusivamente) no curso e estabelecimento de ensino superior (EES) para que concorre, não conferindo equivalência a quaisquer habilitações escolares.

São candidatos potenciais ao “Exame Ad Hoc” os indivíduos que possuam todas as seguintes condições: (i) serem maiores de 25 anos (no ano da realização da prova), (ii) não terem nenhuma habilitação para acesso ao ensino superior (excepto aprovação em exame equivalente anterior) e (iii) nunca terem estado inscritos no ensino superior português.

* A – In: Boletim da FML 1992; Série III, (3): 39-41.

O “Exame Ad Hoc” inclui 3 provas: (i) Língua Portuguesa, (ii) Entrevista e (iii) Prova Específica.

A prova de Língua Portuguesa (escrita) destina-se a avaliar a capacidade de interpretação, exposição, expressão e imaginação do candidato. É de notar a existência de provas diversas conforme a área dos cursos pretendidos pelos candidatos. A elaboração, classificação e local de realização da prova de Língua Portuguesa são da responsabilidade específica do Ministério de Educação. Os EES não participam nesta fase, excepto como locais possíveis de realização de provas, e disponibilização de docentes para as acompanhar.

São admitidos às duas outras provas unicamente os candidatos aprovados na prova de Língua Portuguesa. Os EES recebem então as pautas dos candidatos admitidos, em conjunto com os processos individuais; estes incluem, entre outros documentos, o *curriculum vitae* e outros testemunhos de habilitações e obras dos candidatos para apreciação do júri do EES.

Cabe aos conselhos científico e pedagógico do EES da candidatura nomear um júri local, constituído no mínimo por três dos seus docentes, e presidido obrigatoriamente por um membro do conselho científico. A este júri compete (i) organizar as provas, (ii) realizar as entrevistas, (iii) elaborar e classificar as provas específicas e (iv) tomar a decisão final sobre cada candidato.

Genericamente, a “Entrevista” tem por objectivos apreciar e discutir a experiência profissional do candidato e *curriculum vitae*, as suas motivações para a escolha do curso e EES, bem como fornecer-lhe informações sobre o curso, exigências e saídas profissionais, e prestar orientação sobre as provas específicas. Note-se que uma das prerrogativas do júri é a de poder aconselhar o candidato a mudar de opção sobre o curso e EES, sem que o interessado fique vinculado à sugestão.

A Prova Específica destina-se a “*avaliar se o candidato dispõe dos conhecimentos indispensáveis para o ingresso e progressão no curso escolhido, podendo ainda avaliar, sempre que se entender relevante, a aptidão e conhecimentos adquiridos na prática profissional e que possam ser significativos para o acesso e frequência do curso em causa*”. A prova é composta por “*um ou mais exames, ... incidindo sobre matéria que o conselho científico de cada EES considere como indispensáveis (ao curso)*”, e de que faz divulgação antecipada. As áreas de conhecimento exigíveis “*não deverão cingir-se às disciplinas nucleares de cada curso... nem poderão incidir sobre conhecimentos que não façam parte de programas oficialmente aprovados para as diferentes disciplinas do curso complementar do ensino secundário e do ano propedêutico*”.

São matéria de exames da Prova Específica preparada pela Faculdade de Medicina de Lisboa (FML) as que constam nos programas oficiais aprovados para as disciplinas de Biologia, Física, Química e Matemática do ensino secundário, do 10^o ao 12^o anos da escolaridade.

Finalmente, o candidato é aprovado ou reprovado pelo júri com base na apreciação da prova da Língua Portuguesa, entrevista e resultados dos exames que compõem a Prova Específica. A classificação atribuída aos candidatos aprovados deriva dos resultados da Prova Específica, ainda que tendo em conta a opinião suscitada ao júri pela Entrevista e a apreciação da Prova de Língua Portuguesa.

Até 1990 qualquer candidato aprovado poderia matricular-se no EES a que havia concorrido. Todavia, com a recente regulamentação dos concursos especiais para Acesso ao Ensino Superior (Portaria nº 417/91, de 20 de Maio), são pressupostos limites quantitativos para cada um dos concursos, em que se inclui o “Exame Ad Hoc”. Neste caso, a classificação final e o ano em que é obtida são critérios indispensáveis à seriação dos candidatos por ordem decrescente de resultados.

Resultados da FML

Foram coligidos os resultados de uma década (1980/81 a 1989/90) de “Exames Ad Hoc” realizados na FML.

Dos candidatos admitidos a provas locais, após obtenção de aproveitamento em Língua Portuguesa, apenas 36 (24 homens e 12 mulheres) ingressaram naquele período no 1º ano de Medicina (Quadro I). Para este total, o contingente aprovado em 1981/82 contribuiu para 50% dos admitidos. Entretanto, nos últimos cinco anos não houve admissões. No conjunto os candidatos admitidos obtiveram classificação final baixa (Tabela 1).

Ao examinar-se o rendimento escolar da população admitida através dos “Exames Ad Hoc”, constata-se que apenas oito (22,2%; seis homens e duas mulheres) obtiveram a licenciatura em Medicina até 1989/90. Todavia, atendendo ao ano ingresso, todos os candidatos admitidos deveriam ter já terminado o curso.

Na realidade, só dois dos oito licenciados (5,6% do total admitido) concluíram a licenciatura no tempo mínimo possível, sendo variável a escolaridade dispendida pelos restantes. A classificação final média da licenciatura pode considerar-se abaixo do que é usual no curso de Medicina. Adicionalmente, não se observou correlação entre aquela classificação e a nota obtida no exame de admissão.

Dezanove (52,8%) dos alunos admitidos prosseguiram os seus estudos em 1990/91, enquanto nove (25%) haviam desistido nesta data. A generalidade dos desistentes havia abandonado o curso no 1º ano (5); todos, à excepção de um, obtiveram aproveitamento em algumas disciplinas do curso. Três estudantes haviam desistido no 3º ano e um no 4º ano do curso, Salienta-se a ausência de alunas entre os desistentes. Entre os alunos que continuam a

estudar ressalta uma grande heterogeneidade de aproveitamento escolar. Tendo por referência as inscrições de 1990/91, constata-se que oito alunos (22,2%) estavam ainda matriculados no ciclo pré-clínico após 7 a 9 anos de permanência na FML. Para os restantes onze estudantes, matriculados do 4^o ao 6^o ano, e admitindo que não haverá atrasos suplementares, é aritmeticamente previsível que a formação pré-graduada se prolongue por 8 a 13 anos; neste grupo, sete estudantes concluirão o curso com 10 anos de escolaridade, no mínimo.

Quadro I – Apreciação global do rendimento escolar de candidatos admitidos na Faculdade de Medicina de Lisboa (FML) entre 1980/81 e 1989/90 através do Exame Extraordinário de Avaliação de Capacidade para Acesso ao Ensino Superior.

(N – dimensão da amostragem; M – homens; F – mulheres).

Candidatos Admitidos na FML	Avaliação global de cada ano de candidatura (subtotais)						Totais
	1880/81	1981/82	1982/83	1983/84	1984/85	1985/90	
	9 (7M, 2F)	18 (11M, 7F)	2 (1M, 1F)	6 (4M, 2F)	1 (1M)	0	36 (100%) (24M, 12F)
<u>Licenciados</u>	4	3	0	1	0	0	8 (22,2%)
(N e data de formatura)	(4M) 1-1985/86 2-1988/89 1-1989/90	(1M, 2F) 1-1988/89 2-1989/90		(1M) 1-1988/89			(6M, 2F)
<u>Desistentes</u>	3(M)	5(M)	0	1(M)	0	0	9 (25,0%)
(N e ano de desistências)	2-1 ^o ano 1-3 ^o ano	3-1 ^o ano 1-3 ^o ano 1-4 ^o ano		1-3 ^o ano			(9M)
<u>Estudantes</u>	2	10	2	4	1	0	19 (52,8%)
(Matriculados em 1990/91)	(2F) 1-4 ^o ano 1-5 ^o ano	(5M, 5F) 3-1 ^o ano 1-2 ^o ano 1-3 ^o ano 1-4 ^o ano 3-5 ^o ano 1-6 ^o ano	(1M, 1F) 1-1 ^o ano 1-4 ^o ano	(2M, 2F) 1-3 ^o ano 1-4 ^o ano 1-5 ^o ano 1-6 ^o ano	(1F) 1-3 ^o ano		(9M, 10F)

Tabela 1 – Análise das classificações médias e valores (extremos) obtidos nas provas de admissão pelos estudantes que ingressaram na FML entre 1980/81 e 1984/85, e classificação final dos que concluíram a licenciatura até 1989/90.

Anos de Matrícula	ADMISSÃO		LICENCIATURA	
	Total	Classificação	Total	Classificação
1980/81	9	11,2 (10-15)	4	12,5 (12-13)
1981/82	18	11,4 (10-14)	3	12,3 (12-13)
1982/83	2	*	0	–
1983/84	6	10,5 (10-12)	1	12,3 (-)
1984/85	1	10,0 (-)	0	

*dados não disponíveis

Comentários

Os “Exames Ad Hoc” têm por objectivo essencial a detecção de candidatos excepcionais, com conhecimentos capacidades e maturidade e que, por circunstâncias diversas, não puderam frequentar o sistema geral de ensino. A subversão destes objectivos por via administrativa, dando acesso a candidaturas de indivíduos com preparação e qualificações banais, será uma fonte de frustrações para os interessados e uma causa de subaproveitamento do sistema educativo universitário. Esta apreciação não desdoura, obviamente, as motivações e méritos de esforço e sacrifício dos candidatos desejosos de enveredar por uma carreira (médica) para que se julgam vocacionados.

Todavia, os predicados humanos poderão ser insuficientes face às exigências da preparação académica pretérita, assim como da disponibilidade de tempo e versatilidade intelectual que o ensino universitário impõe. São reconhecidas as dificuldades tradicionais do ensino médico pré-graduado, detectadas muito especialmente nos primeiros anos do curso. Não surpreenderá, assim, o baixo rendimento escolar observado nos alunos que ingressaram entre 1980 e 1985 na Faculdade de Medicina de Lisboa, por via dos “Exame Ad Hoc”. Apenas 1/5 dos alunos admitidos obteve a licenciatura em Medicina, enquanto metade continuava a estudar e 1/4 havia desistido até ao ano lectivo de 1990/91. Esta particularidade sugere que, além de limitações, académicas de base, haja razões extra-escolares a justificar atrasos na licenciatura.

O exercício regular de uma actividade profissional pela generalidade dos candidatos admitidos constitui a explicação mais plausível para o atraso referido. A larga fracção de alunos que desistiram ou prolongam os estudos

(quase 80% do total admitido entre 1980/81 e 1984/85) é, porém, um claro testemunho das dificuldades sentidas.

As motivações e a tenacidade que os candidatos evidenciam não são alicerces suficientes para um completo sucesso na formação médica pré-graduada. O curso exige não só preparação académica mas, sobretudo, larga disponibilidade para aprendizagem e prática regulares. A congregação de deficiências académicas de raiz com as dispersões intrínsecas dos estudantes trabalhadores conduzirá aos resultados observados.

Entretanto, após 1985, não houve mais admissões na FML através do “Exame Ad Hoc”. Para este facto muito contribuiu uma alteração introduzida (pela Portaria nº 49/86) no artº 15º da Portaria 429/80. Com a nova redacção do articulado legal, “*os candidatos que na parte escrita de um dos exames que compõem a prova específica tenham uma classificação igual ou inferior a sete valores serão desde logo eliminados dos exames*”.

Até 1985 a decisão final (de admissão ou não admissão) exigia que o candidato realizasse as partes escritas e orais de todos os exames da Prova Específica, excepto quando a classificação numa das provas era igual ou inferior a 4 valores (implicando eliminação). Daqui resultava, na prática, que candidatos mal preparados e com pontuações medíocres na parte escrita viessem a beneficiar de decisões finais benevolentes. A elevada percentagem de alunos admitidos com média final de 10 a 11 valores sugere deficiências académicas e dificuldades de avaliação que certamente existiram.

Numa época em que aos estudantes que têm acesso a Medicina através de concursos normais são exigidas classificações finais superiores a 18 valores (de resto compatíveis com as exigências académicas que se lhes perspectivam no curso), será irreal conceber a entrada franca de candidatos sob regime especial que não revelem qualidades excepcionais. Outras soluções mais permissivas são insuficientes e lesivas de interesses de todos.

Conclusões Finais

- O ingresso dos alunos através do Exame Extraordinário da Avaliação de Capacidade para Acesso ao Ensino Superior deverá ser reservado a candidatos com predicados excepcionais, embora sem as habilitações escolares requeridas para o efeito aos candidatos do contingente geral.
- A aceitação de candidatos com preparação académica deficiente e sem vivência escolar consentânea representa um factor de desequilíbrio educacional.
- Aquelas particularidades, em conjunto com um regime de estudos próprios dos estudantes trabalhadores, justificarão o baixo rendimento escolar obtido pelos candidatos na FML entre 1980/81 e 1984/85.

- A ausência de admissões entre 1985/ /86 e 1989/90 deverá ser interpretada como a consequência natural de critérios de avaliação mais rigorosos, coincidentes com o aumento de selectividade dos candidatos que ingressam na FML pelo contingente geral.

Agradecimentos

A colaboração das Senhoras Fátima Dias, Elisa Silva e Ema Gaiteiro (Secretaria da FML) na recolha dos elementos biográficos e escolares apresentados neste trabalho, é salientado com reconhecimento pelo Autor. Anabela Faia dactilografou o texto.

Alunos Estrangeiros e o Acesso a Medicina. Propostas para a Melhoria do Sistema*

O acesso às Faculdades de Medicina não tem tido o debate que se justificaria. Na realidade, os problemas que existem tomam-se virtualmente despercebidos entre as muitas outras questões que ensombram o presente e o futuro das Faculdades de Medicina e dos seus docentes.

Adicionalmente, os resultados das raríssimas análises divulgadas sobre os critérios de admissão dos candidatos, e outras questões afins, têm-se cingido a perspectivas locais e ao contexto nacional.

Candidaturas especiais

Embora não necessariamente sobreponível às contingências que a prova geral de acesso ou restantes critérios de seriação colocam aos candidatos nacionais, existe um outro problema também relacionado com a admissão às Faculdades de Medicina a requerer reflexão e soluções adequadas. A questão em causa diz respeito aos alunos estrangeiros, em particular aos alunos oriundos dos *Países de Língua Oficial Portuguesa* (PALOP), que todos os anos são recebidos nas diferentes Faculdades de Medicina do país.

O regime de acesso introduzido em 1988/89 (DL n.º 354/88, de 12 de Outubro) permite (alínea d, art.º 36.º) “*o acesso ao ensino superior dos estudantes nacionais de países africanos de expressão portuguesa, no quadro dos acordos de cooperação estabelecidos firmados pelo Estado Português*”. Tal como no conjunto de outras situações especiais, aqueles estudantes são admitidos como supranumerários nas Faculdades de Medicina Portuguesas com base nas habilitações escolares que apresentam.

Exceptuando o facto dos estudantes supranumerários poderem dilatar substancialmente o *numerus clausus* pré-estabelecido por cada Faculdade, não tem havido outros reparos à admissibilidade daqueles candidatos.

* A – In: Educação Médica 1992; 3(1): 2-7.

Os alunos dos PALOP que ingressam nas Faculdades de Medicina são uma parte dos supranumerários admissíveis. Representam no entanto o sub-contingente mais numeroso e, como tal, justificam particular atenção. A atestar a importância do assunto anote-se que no ano lectivo de 1991/92 ingressaram na Faculdade de Medicina de Lisboa 20 estudantes dos PALOP, o que totaliza cerca de 1/4 do contingente nacional seleccionado (total = 90 alunos) através do regime geral de acesso. É de salientar que aquele numeroso grupo de alunos estrangeiros agora admitidos quase iguala os que se haviam inscrito desde 1986/87 (total = 24 estudantes).

O contributo prestado pelas Faculdades de Medicina Portuguesas na formação de futuros médicos dos PALOP tem constituído motivo de grande satisfação institucional e dos docentes nela intervenientes. Todavia, a participação educacional das Faculdades de Medicina naqueles propósitos poderá e deverá ser melhorada. Os benefícios serão evidentes para os alunos, países de origem e prestígio das Instituições de acolhimento.

Quadro I – Evolução do rendimento escolar de um grupo de alunos admitidos como supranumerários na Faculdade de Medicina de Lisboa. O rendimento escolar refere-se ao quociente entre as aprovações obtidas e as aprovações previsíveis para sucesso escolar total.

Nº de ordem	Ano lectivo de ingresso	Último ano lectivo de inscrição	Total de inscrições na FML	Total de Aprovações obtidas	Total de aprovações previsíveis	Rendimento escolar (%)	Situação Actual no Curso	Situação previsível no Curso
1	1986/87	1988/89	3	2	18*	11,1*	–	5.º ano
2	1986/87	1988/89	3	6	18*	54,6*	–	5.º ano
3	1986/87	1990/91	5	9	39	23,1	3.º ano	5.º ano
4	1987/88	1990/91	4	3	29	10,4	1.º ano	4.º ano
5	1987/88	1990/91	4	7	29	24,1	2.º ano	4.º ano
6	1987/88	1990/91	4	8	29	27,6	2.º ano	4.º ano
7	1987/88	1990/91	4	10	29	34,5	3.º ano	4.º ano
8	1987/88	1990/91	4	11	29	37,9	3.º ano	4.º ano
9	1988/89	1990/91	3	6	18	33,3	2.º ano	3.º ano
10	1989/90	1990/91	2	6	11	54,6	2.º ano	2.º ano
11	1989/90	1990/91	2	1	11	9,1	1.º ano	2.º ano
12	1989/90	1990/91	2	0	11	0	1.º ano	2.º ano
13	1989/90	1990/91	2	1	11	9,1	1.º ano	2.º ano
14	1989/90	1990/91	2	5	11	45,5	2.º ano	2.º ano

* Valores calculados para o último ano de inscrição.

Qualificação e rendimento académicos

No âmbito do actual regime de acesso ao ensino superior (e também nos períodos anteriores), verificam-se grandes desequilíbrios de aproveitamento

escolar inicial entre os alunos portugueses e os provenientes dos PALOP. Em particular, o insucesso escolar nos primeiros anos de formação médica pré-graduada é, em proporção, claramente superior ao do contingente nacional.

No Quadro I é apreciado o aproveitamento escolar de todos os estudantes dos PALOP que ingressaram na Faculdade de Medicina de Lisboa entre 1986/87 e 1989/90.

Além deste grupo de 14 alunos, inscreveram-se inscritos pela 1^a vez em 1990/91 outros 10 estudantes, contudo não incluídos na presente análise por ser precoce uma apreciação válida do rendimento escolar obtido. No conjunto, 10 dos alunos provinham de Cabo Verde, 5 de Angola, sendo 3 naturais de cada um dos restantes países, Moçambique, S. Tomé e Guiné-Bissau.

Nenhum dos 14 alunos referidos no Quadro I obteve, à data da análise, rendimento escolar (proporção das disciplinas realizadas, do total previsível para um completo sucesso escolar) superior a 55%. Dois dos alunos haviam abandonado aparentemente o curso, e outro não obtivera qualquer rendimento escolar.

De acordo com o actual regime de acesso ao ensino superior, é tido por indispensável que os candidatos demonstrem vários predicados através da realização de uma prova geral de acesso. Esta prova pretende avaliar “*o desenvolvimento intelectual, o domínio da língua Portuguesa ao nível da compreensão e da expressão, bem como a maturidade intelectual dos candidatos*”. Acresce a exigência de provas específicas realizadas pelas Faculdades de Medicina no domínio das matérias de Biologia, Química, Física e Matemática que constituem o programa do ensino secundário. A Faculdade de Medicina de Lisboa ainda submete todos os seus candidatos a uma entrevista personalizada. Isto é, os estudantes portugueses que acabam por ter acesso às Faculdades de Medicina nos contingentes ordinários representam uma fracção muito seleccionada entre os candidatos com índices mais elevados e que, portanto, revelam qualidades humanas, formação e conhecimentos superiores para a frequência do curso de Medicina. Nesta perspectiva, os programas de ensino das Faculdades de Medicina estão naturalmente preparados para aceitar e ensinar uma maioria de candidatos com determinado perfil académico.

Eficácia pedagógica e sucesso escolar

A transmissão dos conhecimentos é orientada de acordo com as características dos alunos, tendo em conta a preparação prévia e os seus ritmos de aprendizagem. Excepto na formação tutorial, as condições de ensino/ aprendizagem mais em uso estão dependentes das características médias da população discente. A preocupação dominante dos docentes será dar continuidade ao que

o aluno já conhece, acrescentando-lhe novos conhecimentos e, com eles, suscitar-lhe novas atitudes e capacidades. O domínio da língua portuguesa é, no contexto, uma preocupação menor, dada por adquirida na sua plenitude.

Entretanto, os alunos admitidos nas Faculdades de Medicina portuguesas como supranumerários não estão sujeitos ao crivo de conhecimentos que o regime de acesso impõe aos estudantes portugueses. Embora existam semelhanças genéricas nos programas de matérias específicas do ensino pré-universitário, há também deficiências de preparação académica que têm vindo a ser constatadas. Diferenças de comunicação também não podem ser ignoradas. Assim, no conjunto, os novos alunos admitidos anualmente como supranumerários nas Faculdades de Medicina portuguesas acabam por se encontrar, à partida, em desvantagem perante os objectivos educacionais que se lhes apresentam.

Todavia, nem os alunos nem as Instituições de ensino secundário dos países de origem ou as Faculdades de Medicina que os acolhem têm responsabilidades directas na situação referida. Esta deverá ser entendida como um acontecimento natural resultante do encontro de sistemas diferentes. É também uma conjuntura que todas as Universidades conhecem quando admitem alunos estrangeiros, mesmo que utilizem idioma comum ao do país de acolhimento.

Os sistemas universitários mais precavidos (ou organizados) não admitem estudantes estrangeiros sem que a estes seja exigida a frequência prévia de um curso vestibular ou a realização de uma prova de admissão, a que acresce um número limite de vagas disponíveis. Estes requisitos são medidas cautelares óbvias, que procuram evitar insucessos escolares, educacionalmente frustrantes para os alunos e para as Instituições.

O insucesso escolar é também um prejuízo económico compreensível (mas indesejável) para os alunos (e famílias), para as Instituições e, ainda, para os países que financiam ambas as partes.

As necessidades dos PALOP na área da Saúde e, em particular, em médicos aptos a promovê-la, requerem atenções especiais que conjuguem a solidariedade com a eficácia educacional das Instituições Universitárias intervenientes na formação e treino dos estudantes daqueles países. Para o efeito são justificáveis alterações no sistema de acolhimento e, em particular, no acompanhamento inicial daqueles novos estudantes.

Pré-avaliação ou Reciclagem: duas soluções para melhor rendimento

Resumidamente, propõem-se algumas medidas concretas que visam rentabilizar as capacidades intelectuais e sociais dos alunos admitidos como supranumerários, provenientes de outros países com sistemas educacionais não-equivalentes. Nesta perspectiva haveria plena justificação para exigir

dos candidatos (i) a realização com aproveitamento das provas específicas sobre as matérias nucleares (Biologia, Física, Química e Matemática) de admissão a Medicina, conforme os programas de ensino secundário português, (ii) fazer prova do domínio da língua portuguesa (falada e escrita ou, em alternativa, (iii) os candidatos participarem num curso intensivo vestibular, visando a reciclagem daqueles conhecimentos com aproveitamento final indispensável.

Esta última alternativa teria a vantagem adicional de integrar com antecedência o estudante num novo meio social, limitando assim o impacto simultâneo de dois acontecimentos bruscos, a entrada na Universidade e a vivência num país diferente. A experiência conferida à Universidade pelos Cursos de Verão poderia ser extrapolada para o curso vestibular agora proposto. A Universidade dispõe de meios humanos e técnicos adequados à organização e accionamento daquele tipo de Cursos que, sem dificuldade aparente, poderiam decorrer nos meses de Agosto a Outubro sob regime intensivo. Os candidatos teriam apenas que antecipar em 3 meses a chegada ao País para frequentarem o curso vestibular.

Não se antevê que esta vinda precoce e estadia suplementares constituam dificuldades relevantes para os fins em vista: maior preparação para uma maior eficácia na formação médica.

Agradecimentos

O autor expressa o seu reconhecimento às Sr^{as}. D^{as}. Maria de Fátima Dias e Ema Gaiteiro (Secretaria da FML) pela ajuda concedida na elaboração do Quadro de resultados. Ana Cristina (Instituto de Bioquímica) dactilografou o texto.

Um Cuidado Adicional na Pré-Graduação*

Em artigo recente (1) Coombs e Virshup salientavam que uma das funções do treino (ensino) médico “*consiste em produzir clínicos emocionalmente ajustados, com hábitos de auto-preservação e preparados para se relacionarem compassivamente com doentes e outros*”. Na realidade, atendendo à especificidade da acção clínica que inclui, como primeiro passo fundamental, a abordagem de outro ser humano pela anamnese de situações (que podem ser) física e psicologicamente devastadoras, afigura-se óbvio que os conhecimentos, os gestos e, ainda, as atitudes sejam apreendidos e treinados ao pormenor nas Faculdades de Medicina, e desenvolvidos em estágio pós-graduado. Neste pressuposto, poderá suceder que a qualidade do (comportamento) médico, que se deseja compassivo (e tecnicamente) eficaz perante o doente, seja afectado por características psicológicas próprias ou (eventualmente) desenvolvidas enquanto estudante.

Através de observações de diversos grupos de estudantes de Medicina em locais geográfica e culturalmente distintos foi possível concluir que, em relação à população local, o *stress* da vida académica estaria na origem de consequências físicas e psicológicas, algumas destas de natureza psiquiátrica (2). Entre os factores que desencadeiam o *stress*, particularmente evidente nos primeiros anos do curso médico, estariam as pressões curriculares, a par com preocupações sobre a competência e capacidades pessoais, e a insatisfação pela perda ou restrição da vida social e de lazer (3).

A personalidade e a atitude perante a vida influenciam substancialmente o desenvolvimento dos sintomas de ansiedade e depressão. Aparentemente, os indivíduos habituados a seguir estratégias, a planear as suas actividades em função de objectivos e de problemas a resolver, preparados a procurar apoio social, estariam mais adaptados a resistir a pressões e ao *stress*, ao contrário dos que seguem comportamentos erráticos, não sistemáticos e não consistentes à realidade.

Tendo em conta as dificuldades que se põem aos candidatos que dese-

* A – In: Revista da FML 1996; Série III, 1 (3-4): 63-64 (em colaboração com Carlota Saldanha).

jam ingressar no ensino médico, após anos de luta por classificações escolares elevadíssimas na fase pré-universitária, seria de prever que os novos alunos da Faculdade de Medicina estivessem habituados ao *stress*. Eventualmente assim será, embora para muitos se sobreponha a insegurança de quem, pela primeira vez, aprende a viver afastado da família, numa fase terminal da adolescência e de jovem adulto (4).

Devido a traços próprios da personalidade e/ou das pressões induzidas pelo novo estilo de vida, ou por exigências do programa curricular, uma fracção importante da população estudantil de Medicina adquirirá comportamentos psicológicos que requerem apoio profissionalizado (5). A situação tende a agravar-se nos estudantes com menor índice de aproveitamento escolar. O inverso também é verdadeiro, ou seja, quando o *stress* é causa de problemas psicológicos o rendimento escolar diminui. Em qualquer dos casos, é possível que um estudante psicologicamente fragilizado desde os primeiros anos do curso, inseguro das suas capacidades e conhecimentos, impreparado para se auto conter e para controlar as suas emoções, comportamentos e pensamentos, tende a transformar-se num clínico com dificuldades de relacionamento, senão até agressivo, na presença de doentes carenciados de apoio (6).

O desenvolvimento de problemas psicológicos (ou psiquiátricos) em estudantes dominados pelo *stress* não é exclusivo do curso de Medicina (3). Todavia é nos cursos médicos que se exige a formação de profissionais compassivos e psicologicamente ajustados para um exercício eficaz no domínio da Saúde. Resulta do exposto que a vulnerabilidade de uma fracção de estudantes ao *stress*, embora seja uma constante para todos os tipos de cursos superiores, tem repercussões potenciais distintas conforme as características da acção profissional exigida. E, no caso da Medicina, é incontrovertida a sua implicação negativa no relacionamento médico-doente (7).

Nas perspectivas do novo plano curricular, em que é aumentada substancialmente a escolaridade, se pretende instituir uma metodologia de aprendizagem constante por objectivos estruturados, se pretende a participação activa de alunos nas suas próprias opções educacionais, e em que o aluno deixa de ser ensinado em cada disciplina por um só professor (como na fase pré-universitária) mas por vários (cada qual com exigências e personalidades distintas), haverá que instituir medidas profiláticas que limitem as consequências do *stress* na formação dos futuros clínicos. Adicionalmente, a preservação de sentimentos humanísticos e de empatia, a par com o empenhamento científico e a competência técnica, são desafios difíceis a vencer por todos os candidatos a médicos, vulneráveis ou não ao efeito do *stress*. Nem que seja, como dizia Spiro (7), “*para que os clínicos tenham mais empatia que os computadores*”.

Será também oportuno reanalisar a questão de acesso a Medicina com base no perfil psicológico dos candidatos. Nesta perspectiva a entrevista

recuperaria um lugar privilegiado, a par com outros programas de selecção, de forma a dar ingresso ao curso de Medicina especialmente aos estudantes que evidenciassem capacidades académicas e, sobretudo, características psicológicas pré-definidas para o exercício completo da profissão médica.

Concluindo, o novo programa curricular (e ainda o que continua em vigor) deverá atender às consequências físicas e psicológicas do *stress* nos alunos, prevendo e desencadeando acções incidentes nos seguintes campos:

1. Selecção dos candidatos a Medicina, através de entrevista e outro programa de apreciação dos mais adaptados às exigências do curso e à profissão médica;
2. Detecção e acompanhamento psicológico de alunos mais vulneráveis e carenciados de apoio;
3. Desenvolvimento de metodologias de ensino/aprendizagem que não criem situações de desequilíbrio psicológico e físico dos estudantes, respeitando situações próprias da formação e auto-aprendizagem.

Bibliografia

1. Coombs RH, Virshup BB – Enhancing the psychological health of medical students: the student well-being committee. *Med. Educ.* 1994; 28:47-54.
2. Wolf TM – Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school. *Med. Educ.* 1994; 28:8-17.
3. Stewart SM, Betson E, Marshall I, Wong CM, Lee PWH, Lam TH – Stress and vulnerability in medical students. *Med. Educ.* 1995; 29:119-122.
4. Saldanha C, Moreira C, Pinto Y, Nunes M, Martins e Silva J – Análise de alguns factores académicos e demográficos potencialmente preditores do rendimento na disciplina de Bioquímica pelos estudantes de medicina admitidos na Faculdade de Medicina de Lisboa em 1990/1991. *Educ. Méd.* 1992; 3:106-124.
5. Pasnau RO, Stoessel P – Mental health service for medical students. *Med. Educ.* 1994; 28:33-39.
6. Coles C – Medicine and stress. *Med. Educ.* 1994; 28:3-5.
7. Spiro H – What is empathy and can it be taught? *Ann. Int. Med.* 1992; 116:843-846.

Todos os Anos pelo Verão*

Todos os anos pelo Verão renasce a quase telenovela em que se transformou a admissão às Universidades Portuguesas. Simplesmente porque, não havendo critérios lógicos, definidos e perduráveis, entra-se no sistema “pluri-opinioso” e contestatário, gerador de equívocos e injustiças em que, há mais de duas décadas, se baseia o ingresso estudantil no ensino superior universitário.

Há meia dúzia de anos atrás fiz parte de uma comissão que tinha por incumbência definir, preparar e acompanhar as provas específicas de acesso a Medicina, Medicina Dentária, Veterinária e Ciências Farmacêuticas. Nessa data, a tutela e o Conselho de Reitores haviam entendido que aqueles três ramos de saber tinham exigências académicas semelhantes. Não se justificaria, por isso, mais que um número reduzido (entre uma a três) de provas específicas idênticas para os respectivos candidatos. Porém, logo no primeiro ano em que o sistema iniciado, registou-se uma forte pressão (política) para que essas provas específicas se limitassem à de Matemática (!).

O mesmo tipo de deliberação acabou por ser aplicado aos restantes cursos universitários, daí resultando uma aglutinação maior e mais densa de Faculdades a que se acederia através de provas comuns. Nessa época, que hoje se afigura quase a pré-história do regime de acesso dos tempos modernos, a Universidade ainda detinha algum vestígio de autonomia no processo de selecção dos seus candidatos.

No caso de Medicina, embora se discordasse da imposição de provas comuns com Veterinária e Farmácia, ainda restava a possibilidade de escolher as áreas (p. ex., uma ou duas entre Biologia, Química, Física) em que deveriam incidir os exames de acesso. O questionário era preparado por consenso pelos representantes desses Estabelecimentos de Ensino Superior (EES), sendo as correcções e acompanhamento das provas integralmente feitas por essas Faculdades. As perguntas das provas específicas tinham de se limitar ao programa definido superiormente entre a matéria do 10^o e 12^o anos

* NE – In: Boletim da SPEM 1996, II Série, 6(3):1-2.

do ensino pré-universitário. Todavia, a selecção era (e continua ser), determinada pela *aritmética dos computadores* da Comissão de Acesso do Ministério da Educação.

Actualmente, as Faculdades não têm nenhuma responsabilidade nem intervenção directa no processo de admissão dos seus futuros candidatos (excepto na proposta do *numerus clausus*). As normas são superiormente deliberadas em gabinetes sem rosto, as provas são preparadas, acompanhadas, corrigidas e os seus resultados publicados por comissões nomeadas superiormente, *sem que as Faculdades sejam ouvidas*. Por fim, as Faculdades de Medicina (e os restantes EES) recebem um extenso rol de nomes de candidatos que, por terem desejado ser médicos e terem obtido classificações académicas adequadas, “cabem” no *numerus clausus* definidos por cada EES.

Neste processo resta a cada Faculdade de Medicina definir e propor o *numerus clausus* (que por enquanto tem sido oficialmente respeitado, embora desde sempre contornado pelas habituais alíneas de excepção previstas para casos especiais), receber a lista de candidatos que o *sistema* escolheu e, por fim, começar as aulas.

Os governantes, decerto sem dúvidas nem hesitações, prevêem que seis anos depois daquele processo de “selecção” resultem óptimos profissionais médicos. Que poderiam também ser engenheiros, ou farmacêuticos, ou veterinários, ou qualquer outra coisa, desde que tenham ingressado numa determinada “cadeia de formatação”, unicamente pelas classificações obtidas e por ser esse o seu desejo (ou “sonho de sempre”, como alguns candidatos ingenuamente afirmavam, quando a Faculdade de Medicina de Lisboa ainda fazia entrevistas de acesso).

Todavia, tendo em conta a baixa credibilidade das elevadas classificações obtidas pelos alunos no ensino secundário, que nalguns casos não têm correspondido nem de perto nem de longe à preparação académica patenteada pelos candidatos admitidos, conclui-se que o sistema de acesso tem estado sempre dependente de critérios subjectivos e/ou erráticos. Não surpreenderá que grande parte dos alunos que ingressaram em cursos médicos nas últimas duas décadas e, em particular, nos anos mais recentes, estivessem entre os detentores de classificações mais elevadas (não necessariamente coincidentes com os melhor preparados) e que, por razões pessoais, familiares e/ou sociais decidiram ser médicos.

Entretanto, consta que o regime de acesso vai ser alterado em futuro próximo, de modo a conferir às Universidades a responsabilidade directa pela selecção dos seus estudantes.

É com esperança justificada que se antevê o dia em que a Universidade beneficiará (finalmente!) de direitos consagrados na Lei da Autonomia Universitária. O direito à escolha dos seus próprios alunos constituirá um passo

em frente muito importante para a Universidade. Será a demonstração inequívoca de que o *poder político* reconhece à Universidade a maturidade, competência e capacidades que se justificam. Porém, não seria desejável que tal decisão constituísse um mero processo pragmático de resolver a confusão em que se transformou o sistema de ingresso na Universidade. Não seria também desejável que esse princípio natural de autonomia das instituições universitárias fosse mais uma descentralização apressada.

A transferência de responsabilidades directas e executivas para cada Universidade (e Faculdade) vai transformar estas instituições nos protagonistas de um processo complicado. Não que as dificuldades residam no acto em si mas, fundamentalmente, por motivos sócio-culturais. O hábito do compadrio, a indisciplina individual e colectiva, a ausência (virtual) de preocupações com a exactidão (do que se diz, do que se faz, e/ou do que se escreve), a escassa preocupação com a qualidade e a igualdade na justiça para todos (e não só para alguns), à mistura com interesses e poderios económicos são, no conjunto, razões para temer o pior.

O *poder político* deverá confiar responsabilidades à Universidade mas, em contrapartida, esta terá de definir e explicitar as normas, critérios e metodologias incidentes no processo de selecção dos novos alunos. E, sobretudo, que o sistema seja resguardado das “pressões e excepções” que inquinam habitualmente as boas intenções.

Por fim, deseja-se que o Ministério da Educação e as Universidades tenham atenção às especificidades de cada curso e às diferenças entre instituições congéneres. Não há justificação para que a uniformidade de critérios e a igualdade de processos continuem a “governar napoleonicamente” o sistema universitário português.

As Faculdades de Medicina são, neste pormenor importante, principais interessadas em que lhes sejam atendidas as suas especificidades naturais e os condicionalismos evidentes. Além de critérios próprios para os objectivos do curso (e profissão), a decidir pelos seus órgãos e membros, não se justifica que essas normas sejam idênticas para todas as Faculdades nacionais.

No fundo, não será mais do que o reconhecimento da diversidade (p. ex., conceptual e metodológica) que, com resultados aceitáveis, tem vindo a ser implantada em todo o mundo. O resultado comum é o de formar médicos competentes, embora os caminhos e processos possam variar.

Será uma forma de recordar que “há muitos caminhos para chegar a Roma”.

Para uma Solidariedade mais Eficaz*

Anualmente são admitidos nas Faculdades de Medicina Portuguesas, por determinação do Ministério da Educação, jovens cidadãos dos Países Africanos Lusófonos. Isto não impede, porém, que as Faculdades de Medicina recebam pedidos adicionais veiculados directamente pelas Embaixadas daqueles Países ou pelos próprios interessados, os quais, como é compreensível, não podem ser satisfeitos. É no fundo uma difícil decisão que parece negar a solidariedade com aqueles Países, quando o que se tem em vista é contribuir para uma melhoria real dos respectivos sistemas de saúde.

Solidariedade é uma palavra bonita. Associamo-la ao que de melhor tem o homem, a fazer-nos esquecer as facetas mais negativas daquele que é o maior predador de todos as espécies e recursos terrestres.

A solidariedade é a entreaajuda aos nossos semelhantes em dificuldade; é o apoio amigo que se concede a quem dele precisa; é também cooperação desinteressada e fraterna. É igualmente compreensão. Caso contrário, a solidariedade não será mais do que uma palavra esquecida do seu significado, talvez muito útil como figura de retórica ou subtítulo de discurso político.

Para haver solidariedade é preciso compreender, e compreender é já um passo para criar. De outro modo, não havendo compreensão não há entendimento. E, não havendo entendimento, para quê falar ou escrever?

De intenções e palavreado sobre a solidariedade estamos todos conhecedores (e fartos). Por conseguinte, para haver solidariedade exige-se, primeiro, entendimento e, por fim, capacidade de execução empenhada na finalização do que se pretende. De outro modo será mais uma perda de tempo, de energia anímica, de esperanças, de recursos económicos (individuais, institucionais, nacionais).

É do conhecimento público a existência de um limite de admissão definido por cada instituição de ensino médico, limite esse anualmente confirmado pelo Ministério da Educação. Também é, sabido que esse *numerus clausus* não resiste ao imprevisível contingente de alunos supranumerários

* NE – In: Revista da FML 1997; Série III, 2(2):71-73.

admitidos ao abrigo de várias alíneas de excepção. Os alunos dos Países Africanos Lusófonos ingressam no âmbito daquele articulado legal, previsto no regime geral de acesso ao ensino superior e, também, conforme os protocolos de cooperação em vigor entre Portugal e aqueles Países.

Todavia, o fulcro da questão não está na capacidade logística ou na vontade de cooperar mas, essencialmente, no irrealismo em que se pretende que o sistema funcione e seja eficaz.

Criar um médico competente em seis anos de curso a partir de um jovem adolescente será sempre uma tarefa exigente, a requerer múltiplos sacrifícios individuais, de parte a parte.

Cada vez mais o sucesso académico depende das qualidades individuais e da rentabilidade da aprendizagem de cada estudante de medicina, desde o seu primeiro dia na Faculdade. Embora o sistema de formação esteja ultrapassado em termos de logística e recursos, materiais e humanos, procura dar-se solução às insuficiências reconhecidas, de forma a modernizá-lo e adequá-lo ao futuro.

É uma corrida de obstáculos que não admite atrasos nem falsas partidas. De outro modo é o atraso irremediável ou a eliminação certa do candidato, em qualquer dos casos indesejável.

As carências em recursos humanos na área da Saúde são virtualmente universais. Todavia, por razões conjunturais, essas carências são particularmente críticas nos jovens Países Africanos Lusófonos. De todos, apenas em Moçambique existe, de momento, uma Faculdade de Medicina em plena laboração. Aguarda-se a reactivação do ensino médico em Angola. A formação médica na Guiné-Bissau difere também do sistema habitual e está em reformulação. Não existe ensino médico em Cabo Verde, nem em S. Tomé e Príncipe. Será pois natural que os governantes dos respectivos países pretendam colmatar as insuficiências de formação médica local através da colaboração de outros países que se aprestem a receber os seus jovens alunos mais promissores.

Para Portugal aceitar aqueles estudantes e fazer deles médicos será, mais que uma prova de solidariedade, um dever de assistência inalienável.

Todavia, a solidariedade exige também eficácia. E, para haver eficácia, há que prever as dificuldades iniciais sentidas e vividas por cada jovem estudante daqueles países, prever-lhes as insuficiências, compensar-lhes as lacunas que possam ter, dar-lhes o apoio fraterno indispensável a quem se desloca da sua terra para um outro país.

Para a solidariedade ser eficaz haverá que reformular o sistema actual, que conduz a lamentáveis insucessos escolares e abandonos precoces elevados. A carência em médicos nos seus países de origem persistirá, e as expectativas dos candidatos e dos seus familiares continuarão a ser goradas, enquanto cada jovem candidato que ingressa nas Faculdades de Medicina Portuguesas não atingir os objectivos a que se havia proposto.

Para haver eficácia há que prever a necessidade de uma preparação prévia que atenuar diferenças de conhecimentos e suscite a rápida integração no âmbito escolar e social. A nosso ver haveria vantagem em que todos os candidatos dos Países Africanos Lusófonos dispusessem de um período vestibular para aprendizagem, no mínimo durante 6 meses, assegurado pela Universidade de acolhimento, à semelhança do que se pratica há muito em certos países europeus relativamente aos naturais de países que faziam parte da sua comunidade ultramarina. Os encargos financeiros com aquele período de aprendizagem suplementar seriam decerto dados por bem empregues pelo nível de sucesso subsequente, ao contrário do que agora acontece.

Solidariedade será também cultivar o relacionamento com as instituições de saúde daqueles países. Não é utopia nem difícil dar possibilidades ao diálogo, ao relacionamento fraterno entre antigos colegas agora em países diferentes, fomentando intercâmbios, acções de formação e estágios de actualização em instituições de saúde nacionais. Não será demasiado accionar a formação à distância pela telemedicina, com recurso às comunicações por satélite. Não será também excessivo que os nossos jovens recém-licenciados e internos de especialidade possam, se o desejarem e forem autorizados, a realizar parte dos seus tempos de internato em instituições dos Países Africanos Lusófonos.

Há anos que os estudantes de medicina, designadamente os da Faculdade de Medicina de Lisboa, promovem com regularidades visitas àqueles países, colaborando em actividades locais. É um bom exemplo a seguir, que prenuncia uma adesão entusiástica aos tipos de colaboração proposta que um dia venham a desenvolver-se.

A multiplicação e extensão de protocolos entre as Faculdades de Medicina de Portugal e dos Países Africanos Lusófonos, à semelhança do que já existe entre as Faculdades de Lisboa e de Maputo para um sector limitado das ciências básicas, são iniciativas a cultivar, assim que houver condições. A recente criação na Faculdade de Medicina de Lisboa de um Gabinete para Estudos e Cooperação com os Países Lusófonos, na dependência do Conselho Directivo, possibilitará o incremento daquele intercâmbio a nível da pré-graduação, da pós-graduação e da formação continuada, se para isso forem disponibilizados meios e suscitados os devidos patrocínios dos Ministérios de que dependem.

Entusiasmo, que é o substrato mais precioso neste tipo de actividades, já existe. Com entusiasmo não faltarão ideias nem iniciativas para benefício comum. Não há mais lugar nem tempo para exercícios académicos de retórica frustrada.

É importante começar, organizadamente, para que a solidariedade seja um facto e não uma palavra isolada de qualquer contexto. A nosso ver já se perderam demasiadas oportunidades.

No Caminho de uma Profunda Reforma do Ensino Médico*

1. A instituição dos “*numeri clausi*” para o ensino superior público em 1977, nunca evitou continuadas tentativas e estratégias para os ultrapassar, em particular para os cursos com maiores expectativas profissionais. O curso de Medicina, aparte alguns períodos raros de menor procura (p. ex., no início da década de 60), tem estado (e continuará a estar) entre as prioridades de escolha para vários milhares de alunos que se candidatam cada ano aos cinco estabelecimentos de ensino médico nacionais.

2. Há cerca de 15 anos, em grande parte por pressão da Ordem dos Médicos, face a uma aparente pletora de clínicos que saturaram virtualmente todos os lugares públicos disponíveis, foi aprovada uma redução adicional no acesso aos cursos de Medicina. Num período de 4 anos (entre 1984/85 e 1987/88), os “*numeri clausi*” aprovados pelo Ministério da Educação para a FML variaram entre 40 e 64 lugares, não obstante serem propostos (pela FML) valores mais alargados (em geral 80 vagas, entre 1983/84 e 1990/91, excepto em 1986/87, em que se propuseram somente 64 lugares).

3. Porém, os limites de entrada nunca foram respeitados. Nos últimos vinte anos (de 1977/78 a 1997/98) variou entre 11% e 92% o excesso de novos alunos ingressados em cada ano na FML, relativamente às vagas definidas e aprovadas pelo Ministério da Educação. Embora os maiores diferenciais fossem registados até 1984/85, é um facto que continuam a entrar na FML cerca de 20% mais alunos do que os previstos (média dos últimos 8 anos). Ou seja, em cada cinco novos alunos ingressados no curso de Medicina, um é excedentário, ao abrigo da legislação que vem sendo publicada sobre os mais diversos tipos de contingentes supranumerários entretanto considerados (dos quais o grupo mais recente foi o dos atletas de alta competição). Por via destas variabilidades a FML recebeu em 1997/98, para o 1^o ano do curso de medicina, 126 novos alunos (isto é, mais 16 do que o fixado), a que acresceram 83 do curso de medicina dentária (ou seja, mais 23 do que se previa).

* NE – In: Agenda da FML 1998, 81:1-2.

4. As preocupações vindas a público em meados do ano passado sobre a alegada carência de médicos nos mais recônditos cantos do território nacional, a par com o previsto agravamento da situação na próxima década, gerou um movimento “redemoinhante” que, simplificada e, conduziu a duas exigências (a) aumentar de imediato os “*numeri clausi*” das faculdades de medicina e (b) construir pelo menos mais uma faculdade de medicina. A popularidade “mediática” do assunto ultrapassou as expectativas mais pessimistas. De repente, virtualmente todos os distritos do País, representados pelas mais diversas individualidades, apresentaram-se como candidatos privilegiados e insubstituíveis à fixação de uma nova faculdade de medicina. Num ápice ficámos a saber que existem no País duas dezenas de localizações óptimas, aparentemente ricas em recursos humanos com formação adequada para ensino médico e com todas as condições logísticas (instalações e equipamentos adequados) ao nível mais avançado do que há para se aprender Medicina. Neste cenário também parece existir efectiva disponibilidade política para se preparar, construir e apetrechar uma a duas novas faculdades de medicina que venham a ser o modelo há muito aguardado para um ensino médico exemplar.

5. No seguimento das disposições anunciadas, a FML (bem como as restantes faculdades de medicina já existentes) só terão motivos para exultar, de satisfação. Finalmente antevêm-se as soluções políticas que permitirão a convergência de interesses há muito descontraídos (entre o que o ensino precisa e o que a saúde possibilita), a resolução dos constrangimentos administrativos que reduzem as faculdades de medicina (e as unidades de saúde) à funcionalidade das repartições públicas, e a desejada correcção do *rácio* docente-discente que está a mediocrizar a formação médica. Estas e outras dificuldades serão, decerto, finalmente solucionadas em futuro próximo, pois que é inimaginável para os membros e responsáveis directos das actuais faculdades de medicina, (que têm procurado resolver, com espírito de missão e muito sacrifício, situações de carência extrema e obstáculos administrativos hoje inexistentes nas universidades europeias e norte americanas), que as eventuais futuras faculdades venham a dispor de condições de trabalho e funcionalidades que, até agora, não existem nem se prevêm para as mais antigas. Se o aumento dos “*numeri clausi*” vier a ser imposto administrativamente já no próximo ano lectivo, como reclamam alguns altos responsáveis, serão, mais uma vez, as faculdades de medicina actuais a ter de se haver com o agravamento das dificuldades conhecidas (e esquecidas) por sucessivos governos, até hoje.

6. No contexto, fica por esclarecer o alcance das exigências que estão a recair nas faculdades de medicina. Aparentemente, estas instituições configuram-se (para o público, encarregados de educação, responsáveis políticos diversos) nos principais obstáculos às deficiências da prestação de cuidados de saúde, ao restringirem o acesso à pletera dos candidatos ultra-

-classificados que, anualmente, nelas pretendem estudar para Medicina. Em 1997, a FML foi indicada como 1^a opção por 66 candidatos com 18,5 (ou mais) valores de classificação de acesso; 220 com 18,0; 401 com 17,5; 534 com 17,0; 625 com 16,5; etc. Admitindo como óptima a classificação de 16,5 (17 valores), haverá alguma outra justificação para não aceitar como bons aqueles candidatos, a não ser a “inconveniente” impossibilidade de alterar as leis físicas da impenetrabilidade da matéria?

Qualquer das imposições sobre o ensino médico terá repercussões na política de saúde, no mínimo dentro de uma década. Haveria decerto maneiras mais eficazes e rápidas de repor a normalidade, quer a nível do ingresso nas especialidades ou na reciclagem em função das necessidades médicas.

7. Também se justifica uma reflexão sobre o significado da educação médica em Portugal, neste final do século XX. À educação são atribuídas múltiplas funções e finalidades. Talvez que os principais domínios sejam os que a entendem como sinónima de cultura, enquanto outros privilegiam a preparação profissional. No fundo é da dicotomia entre saberes “úteis” e “menos úteis” (ou inúteis) que estamos a tratar, onde o “saber utilitário” ganha terreno numa sociedade em que, pela lógica de mercado, também as componentes educacionais e culturais passaram a ter preço. A ser assim, também haverá que acreditar que o ensino médico é uma mercadoria de valor acrescentado, para a qual basta haver um hospital e alguns médicos na região para haver uma faculdade de medicina. Seria, na prática o retorno ao ensino médico do século XIX, mas tendo subjacente a “ordem económica” dos finais do século XX.

8. Neste contexto preocupante é desejável que a Comissão do Ensino Médico, recém-criada pelo despacho conjunto nº 130/98 (de 9 de Fevereiro) do Ministério da Educação e Saúde, tenha sucesso na missão que lhe foi cometida: “*apresentar ao Governo uma proposta de legislação integrada sobre o ensino da medicina*”. A resolução do Conselho de Ministros nº 451/98 (de 11 de Março) vem substanciar as propostas de “*reestruturação do ensino médico pré-graduado, e da articulação entre as escolas médicas e os serviços públicos prestadores dos cuidados de saúde... um modelo hospitalar que dê efectiva resposta às necessidades qualitativas e quantitativas da formação médica, necessariamente associada ao desenvolvimento da investigação... proceder ao estudo conjunto de um plano estratégico... para uma profunda reforma do ensino das ciências da saúde em Portugal*”.

9. A “*profunda reforma do ensino médico em Portugal*” é o que a FML e as restantes escolas médicas nacionais há muito pretendem e as une. E decerto não desejariam que a esperança que agora as anima viesse a ser defraudada por soluções menores de eficácia discutível, fundamentalmente contrárias ao modelo cultural e científico da formação médica contemporânea.

Reflexões Sobre a Formação Médica em 1999*

No começo de 1999, a Direcção Geral de Saúde tomou a muito louvável iniciativa de enviar, também, às Sociedades Científicas Médicas Portuguesas o documento “Programa de Acção, Saúde em Portugal: uma Estratégia para o Virar do Século”, solicitando-lhes parecer e colaboração no âmbito de assuntos e decisões sobre a Saúde em Portugal. Tendo em atenção a temática introduzida e o curto período concedido para a resposta útil, considerando que a importância do assunto justificava uma cuidada ponderação dos factos, circunstâncias e argumentos, de modo nenhum possíveis no tempo concedido para resposta àquele documento, decidiram as Sociedades Científicas, numa primeira reunião, o seguinte: primeiro, sublinhar com satisfação a atitude da Direcção Geral de Saúde, ao reconhecer formalmente a importância do contributo das Sociedades Científicas Médicas na procura de orientações e soluções para os problemas da Saúde em Portugal; em segundo lugar, preparar uma estratégia que, através da articulação de todas as Sociedades entre si, possibilitasse a definição de uma resposta comum e o estabelecimento de relações de trabalho profícuo com a Direcção Geral de Saúde.

No passado dia 26 de Junho, sob a égide da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, trinta e duas sociedades científicas no âmbito da Medicina, entre as quais se incluía a SPEM, reuniram-se para a preparação de uma sessão pública a realizar durante o II Congresso das Ciências Médicas em Novembro de 1999. Na ocasião foi decidido organizar uma Sessão para debater “O Papel das Sociedades Científicas Médicas na Especialização, Formação Continuada e Investigação no Próximo Milénio”.

Adicionalmente foram escolhidos para debate naquele Fórum os seguintes assuntos:

- (a) Articulação entre as Sociedades para criação e promoção de projectos comuns;
- (b) Regras de diálogo com as entidades oficiais;

* NE – In: Boletim da SPEM 1999; IV Série, 9(2):1-3.

- (c) Promoção persistente da Educação Médica Contínua;
- (d) Contributo para a formação de um Conselho de Educação Médica;
- (e) Aprofundamento das relações entre a Ordem dos Médicos e as Sociedades Científicas representantes de várias Especialidades Médicas.

Independentemente da importância e das oportunidades de cada um dos temas mencionados é, para a SPEM, grato referir a concordância e disponibilidade manifestada pelas outras trinta e uma Sociedades Científicas Médicas presentes, no sentido de se criar um Conselho de Educação Médica. Na realidade, a formação de um *Conselho Nacional de Educação Médica* e a proposta do seu regulamento, constituíram matérias aprovadas por unanimidade em Assembleia-geral da SPEM, em 28 de Outubro de 1996. O texto aprovado foi submetido ao Governo. Infelizmente (ainda) sem efeitos práticos.

Não nos cabe naturalmente especular quanto ao silêncio sobre uma proposta emanada da SPEM, sendo esta entendida como uma associação representativa (a nível nacional) dos docentes a quem compete a formação dos futuros médicos. Por via dessa representatividade conceptual, é óbvio que os seus membros têm, por experiência própria, competência e legitimidade para indicar o que entendem ser adequado sobre os caminhos a trilhar e os objectivos a atingir, na perspetivação de um melhor ensino para uma melhor prática clínica.

As consequências da descoordenação na formação médica são há muito evidentes e conhecidas. No período mais recente, particularmente desde a “Iniciativa de Lisboa”, em 1988, esses desacertos adquiriram relevância progressiva, ao gerarem indecisão e vácuo legislativo na estruturação e desenvolvimento dos novos programas curriculares da pré-graduação e do internato geral que se lhe seguirá, a partir do ano 2001. A par da incerteza instalada nas instituições do ensino médico, confrontadas numa mudança induzida e aprovada superiormente, sem que para tal lhes fossem proporcionadas condições e meios indispensáveis, sobreveio um novo elemento destabilizador quando o País descobriu, atónito, que lhe faltavam médicos. Mais frequentemente a partir de 1997 sucederam-se as manifestações em povoações raianas e em cidades periféricas que, tendo origem na insuficiência ou inexistência de médicos locais, culminaram com exigências desesperadas junto do Governo, em que se incluía a decisão dos seus autarcas contratarem, por conta e risco, clínicos estrangeiros. Sensivelmente na mesma época tomou-se conhecida do grande público a notícia de que, a partir da primeira década do novo milénio, se acentuaria a falta de médicos, e de generalistas em particular. Na realidade, a situação verificou-se muito mais cedo do que se previa, quando os lugares vagos nos principais hospitais do País, para determinadas especialidades ou serviços específicos, começaram a ser sucessivamente

ocupados por clínicos (e também enfermeiros) estrangeiros, com as vantagens e inconvenientes conhecidos.

Neste enquadramento de descoordenação e carências em cuidados médicos e em clínicos nacionais – amplamente mediatizadas e utilizadas segundo os interesses e sensibilidades de diversos parceiros sociais e cidadãos – sobrepôs-se um outro cenário incompreensível para todos os que desconhecem o intrincado relacionamento, criado (e consolidado) durante décadas entre as diversas entidades responsáveis pela formação, actuação e assistência médicas em Portugal.

A incompreensão daqueles que estão fora do sistema decisório provém de que as carências em médicos nacionais não derivam da falta de candidatos, como sucedia, por exemplo, na década de 50. Pelo contrário, o paradoxo acentua-se ao ser conhecido que, por cada aluno que entra nas Faculdades de Medicina, cerca de nove fica de fora. Acresce que entre aquelas muitas centenas dos alunos não admitidos se incluem largas dezenas com classificações elevadíssimas, acima dos dezoito valores. Por conseguinte, perante oferta tão ampla e qualificada de candidatos a Medicina, acentua-se a perplexidade dos cidadãos e das associações cívicas sobre as razões de não aumentarem as vagas de acesso às Faculdades de Medicina quando, de todos os quadrantes, é referida uma dramática e irremediável escassez de médicos portugueses. Neste ínterim, vivido por muitos com natural incompreensão e desespero, sucedem-se as opiniões, propostas e decisões, na generalidade carecendo da lucidez e perspectivação global requeridas.

De facto, não se afigura legítimo nem honesto afirmar que as Faculdades que aceitavam mais de mil alunos por ano no princípio da década de 70 poderiam, também agora, aumentar substancialmente as suas vagas, sem que daí houvesse inconveniente. Também é discutível que todos os candidatos devam ser aceites, sem limites, pelas Faculdades de Medicina, podendo prosseguir e concluir o curso sem restrições ou, em alternativa, sendo seleccionados internamente para um número reduzido de vagas pré-fixadas de ingresso em ano imediato. Entre aquelas três hipóteses, a última limita-se a adiar o *numerus clausus*, conduzindo a idêntica restrição do número de licenciados, enquanto as restantes são igualmente liberais, quer no ingresso quer na licenciatura.

Em qualquer dos casos, seriam aterradores os efeitos desse “regresso ao passado”, quer sobre as instituições quer sobre a qualidade da formação pré-graduada se, por pressão externa, as Faculdades de Medicina fossem obrigadas (com a funcionalidade e os meios actuais) a abrir as suas portas a todos os candidatos.

Igualmente seriam desastrosas as consequências sociais de uma avalanche de médicos sem ocupação (e sem preparação), se porventura o *numerus clausus* viesse a ser abolido.

Afigura-se razoavelmente prudente que o número de licenciados em Medicina no activo, nas quantidades suficientes para não haver vaga por preencher, seja equilibrado pelos que entram no curso e pelos que se aposentam. Entre outras razões poder-se-ão invocar os elevados encargos financeiros que a formação médica representa para o erário público, além dos custos humanos e responsabilidade éticas da sua formação. Nessa perspectiva, será um grande desperdício manter em funcionamento um sistema que forma profissionais com competências muito específicas (como são os de Medicina) em número superior ao recomendado em sede própria. Pelo contrário, é justificável desenvolver soluções que visem corrigir carências que ponham em causa a cobertura sanitária do País.

Tomando em conta as deficiências médicas conhecidas e previstas, e embora rejeitando liminarmente soluções conducentes a um inevitável descontrolo na formação e/ou nas saídas profissionais, há justificadas razões para ponderar um aumento equilibrado no *numerus clausus* global. Os estudos estão feitos e os resultados são claros. Pela primeira vez esses indicadores foram divulgados publicamente pelas autoridades responsáveis pelo Serviço Nacional de Saúde, dando oportunidade à introdução de correcções urgentes.

Nada indica, porém, que as soluções requeridas de emergência venham a ser tomadas em tempo útil. Além do contributo directo que as Faculdades de Medicina deram em 1998, aumentando em cerca de 20% as vagas de acesso a nível nacional (com o que esgotaram as suas capacidades de adaptação), a estratégia governamental quedou-se por medidas globais a médio prazo, portanto muito aquém do que se desejaria de imediato.

No pressuposto de uma crise grave em cuidados de saúde, e na presença de dados concretos sobre a falta de médicos, será mais natural e urgente a revitalização logística e funcional das actuais instituições de ensino médico – que, embora com limitações diversas, têm docentes, têm um conceito educacional em fase de modernização e, fundamentalmente, têm experiência de ensino – do que privilegiar a criação de raiz de duas novas Escolas Médicas ou das Ciências da Saúde.

Como nem aquela revitalização foi iniciada nem as futuras Escolas licenciarão os primeiros médicos antes dos próximos oito anos, haverá a concluir que a situação reúne condições para se manter imutável, isto é: (a) acentuação progressiva da carência em clínicos, (b) aumento de candidatos de medicina com médias finais cada vez mais elevadas e (c) pressões exteriores insustentáveis sobre as instituições de ensino médico.

A prolongada inexistência de decisões que atendam às pretensões imediatas das Faculdades de Medicina e venham ao encontro das necessidades do Serviço Nacional de Saúde, enquanto as novas Escolas de Medicina ou das Ciências da Saúde não entrarem em funcionamento, constituem terreno

excelente para a criação e abertura acelerada de instituições privadas que se proponham conferir a licenciatura em Medicina.

O aliciante mercado financeiro constituído presentemente pelos milhares de jovens que se candidatam sem êxito às Faculdades de Medicina nacionais, reforçado pelas centenas que já estão (ou muitos outros que se preparam para estar) matriculados em Escolas Médicas do País vizinho, apresenta-se como um argumento demasiado poderoso que, para muitos, dispensa reflexões sobre pedagogias do ensino, rigor da formação, qualidade da competência e outros “pormenores” que há muito caracterizam e qualificam a formação médica além-fronteiras.

O agravamento da carência em médicos, sem soluções à vista, a par com a oferta das instituições privadas que se aprestam a trazer ajuda ao sector, aliviando simultaneamente a pressão exercida por múltiplos candidatos e familiares influentes, poderão constituir o cenário principal da Formação Médica em 1999 e anos seguintes. Muito lamentavelmente, diga-se, pelo que significaria em retrocesso conceptual e manifestação de incapacidade das instituições e agentes com responsabilidades públicas no sector.

Talvez que a causa esteja em (ainda) não haver a compreensão completa do que é, como deverá decorrer e para que fins serve a Formação Médica, na sua tríplice abrangência. E, por não haver compreensão suficiente, persiste-se na ideia de que a Formação Médica é como um qualquer outro tipo de ensino, passível de ser desempenhado e concretizado por quem se proponha a tanto e reúna investimento suficiente. Nessa perspectiva, em que avultam *desinteresses* específicos e um cada vez maior número de *interesses* especiais, a coordenação proposta pela SPEM sob a forma de um Conselho Nacional de Educação Médica terá surgido intempestivamente. Por idênticas razões, a confirmação no mesmo sentido que foi aprovada em Fórum recente, arrisca-se a continuar deslocada no tempo e no País, sujeita a soluções incompletas ou ineficazes que não atendem ao essencial nem aos que conhecem o assunto.

Razão tinha Erasmus quando, no “Elogio da Loucura”, dizia que “As pessoas admiram com prazer maior o que menos compreendem”.

Reflexões Sobre o Acesso a Medicina. Uma Proposta de Regime Alternativo*

1. Preâmbulo

O acesso às instituições nacionais de ensino médico transformou-se nas últimas duas décadas num pólo de conflitos potenciais que, periodicamente e por motivos diferentes, vêm adquirindo crescente relevância pública. Na origem da situação sobressaem quatro principais factores, com fundamentos e implicações distintas que se indicam:

- Condicionanismos próprios;
- Política educacional;
- Política de saúde;
- Interesses do público.

- (a) Condicionanismos próprios – A súbita plethora de alunos que ingressaram na década de 70 nas três Faculdades de Medicina, então existentes no País, tornou-as pedagogicamente inoperacionais. Não obstante o Ministério da Educação ter decidido instituir o *numerus clausus* para todo o ensino superior a partir de 1977, a situação manteve-se crítica até princípios da década de 80, originando reacções de muita preocupação por parte da Ordem dos Médicos, face ao súbito aumento do número de recém licenciados em Medicina (que duplicou entre 1970 e 1980), cuja formação havia decorrido em condições muito precárias. Por via da entrada em actividade de duas novas instituições de ensino médico (Instituto de Ciências Biomédicas, de Lisboa e Porto), foram rapidamente preenchidos todos os lugares vagos para internato médico nas diversas unidades nacionais, prestadoras de cuidados de saúde perspectivando-se então o desemprego para as futuras gerações de recém-licenciados. Deste conjunto de circunstâncias, embora por razões distintas, resultou

* NE – In: Boletim da SPEM 2001, 11(2-3):10-13.

uma proposta consensual subscrita pela Ordem dos Médicos e apoiada pelas instituições de ensino médico, no sentido de uma redução mais drástica no *numerus clausus* para o curso de medicina. Esta redução, aprovada pelo Ministério da Educação, atingiu na FML os seus níveis mais baixos entre 1985/86 e 1987/88.

- (b) Política educacional – Nos princípios da década de 90 o Ministério da Educação decidiu que as provas específicas de acesso a Medicina fossem elaboradas por uma comissão criada no âmbito do Conselho de Reitores, integrando representantes não só das instituições de ensino médico mas também das ciências farmacêuticas, medicina veterinária e medicina dentária. Por entendimento superior, aqueles quatro domínios de conhecimento teriam exigências académicas iguais e, por isso, deveriam preparar em conjunto as suas provas específicas, embora devendo restringir-se os conteúdos das perguntas aos mini-programas definidos pelo Ministério da Educação. Ainda que as provas sejam preparadas, corrigidas e acompanhadas no âmbito daquelas Faculdades, a selecção dos alunos é determinada pela Comissão de Acesso do ME, com base na nota global obtida pelo candidato. Data também dessa época (entre 1989/90 a 1991/92) a inclusão das entrevistas no conjunto dos critérios de acesso à FML. Com a mudança da responsabilidade ministerial cessou aquela prerrogativa da FML, passando a ser o acesso a Medicina incluído num sistema global em que os domínios das provas específicas dependiam dos cursos em causa. A FML (assim como as restantes instituições de ensino médico) mantiveram a Química e a Biologia como domínio das provas específicas mas deixaram de interferir nos conteúdos das perguntas, na correcção e no acompanhamento das provas, como anteriormente. As provas de Química e Biologia tomaram-se iguais às de qualquer outro curso em que também tivessem sido escolhidas. Por razões de política educacional, foram determinados para o acesso ao curso de Medicina critérios idênticos aos de qualquer outro curso universitário. Adicionalmente, acabou também a discreta autonomia que as instituições de ensino do grupo da Medicina detinham na elaboração, correcção e acompanhamento das provas específicas, as quais ficaram assim totalmente dependentes da Comissão Nacional de Acesso.
- (c) Política da saúde – O número de médicos vinculados e em actividade no Sistema Nacional de Saúde (SNS) era em 1996/97, de 23.118, dos quais 70% pertenciam à carreira hospitalar, 3% integravam a carreira de saúde pública e 27% estavam vinculados a centros de saúde como clínicos gerais. Grande parte dos médicos vinculados ao

SNS pertencia a grupos etários avançados (superior a 41 anos). Para os próximos 5 anos prevê-se que o défice aproximado de pessoal médico seja superior a 700 clínicos/ano, com agravamento progressivo até ao ano 2020, a par com as aposentações maciças referentes aos escalões etários mais avançados que correspondem aos “picos” de ingresso da década de 70. A esta conjuntura acrescem as potenciais consequências da crescente *feminização* da profissão, no que acarreta na escolha das especialidades e na menor disponibilidade para os perfis clínicos em que se prevêem maiores carências. A pretensão exposta pelo Ministério da Saúde em 1997/98, no sentido de se aumentar o número de ingressos nas Faculdades de Medicina para mais 125 alunos/ano, afigura-se pertinente e terá pesado substancialmente na decisão do Governo em criar duas novas instituições para ensino médico. Esta medida governamental não terá, a verificar-se, repercussões positivas antes da próxima década, o mesmo sucedendo com eventuais escolas privadas de ensino médico que venham a existir. Por consequência, é de prever que as instituições de ensino médico existentes venham a ser fortemente pressionadas para aumentarem as respectivas vagas em 2000/2001 o que, sem melhoria substancial dos recursos disponíveis, se afigura muito complicado, senão mesmo desastroso. Todavia, aumentar o número de médicos no activo sem que haja uma profunda remodelação do sistema assistencial não trará quaisquer benefícios concretos. Actualmente, e tal como em 1959 aquando da publicação do Relatório das Carreiras Médicas, mais de 70% dos médicos exercem clínica nas três principais cidades do País em regime duplo (público e privado). É admissível que, após o preenchimento de todas as vagas em aberto no SNS e com a activação de novas faculdades de medicina (médicas e privadas), se assista a um excesso de médicos sem colocação, como sucede há muito em Espanha e Itália.

- (d) Interesses do público – Os cidadãos não estão interessados em conhecerem as razões da falta de médicos quando deles precisam. Actualmente, a responsabilidade da falta de médicos vem sendo aliada nas Faculdades de Medicina. Também na perspectiva dos pais dos alunos que se candidatam e não entram nas Faculdades de Medicina, a responsabilidade é destas instituições e não do sistema que estimula inflação das classificações no ensino secundário e/ou dos critérios de ordenamento das listas de colocação e rejeição dos candidatos. Por sua vez, os candidatos a Medicina, cada vez mais jovens, estão desprovidos de vivências extracurriculares e são pressionados psicologicamente, anos seguidos, para conseguirem um

lugar na profissão. Os jovens alunos que frequentam a Faculdades de Medicina evidenciam fragilidades psicológicas preocupantes e não demonstram ter a preparação académica que seria previsível pelas classificações pré-universitárias que apresentam. Adicionalmente, há motivos para duvidar das motivações concretas para o exercício da clínica por parte dos jovens com perfil académico e regime de preparação mais orientado para a pesquisa biomédica ou actividades afins. Neste contexto, toma-se notória a falta de indicadores precisos que possibilitem a selecção dos candidatos a futuros médicos entre os que demonstrem capacidades evidentes para o exercício da medicina clínica, não só com competência técnica mas também com humanidade.

2. Pressupostos

Considerando o interesse nacional em médicos motivados para o exercício competente e dedicado da profissão, para participarem com entusiasmo na formação de membros mais jovens da fase da pré- e pós-graduação e para contribuírem como investigadores para o progresso da Medicina;

Considerando que aquele desiderato se fundamenta no recrutamento de candidatos que igualmente possuam conhecimentos de base sólidos, evidenciem capacidades humanas e académicas superiores e revelem indispensável motivação para aprenderem os fundamentos da profissão e para o seu exercício nas diversas perspectivas que se lhes oferecem, no âmbito da saúde dos indivíduos carenciados em cuidados de saúde;

Considerando que a selecção dos candidatos às instituições de ensino médico deve privilegiar não só os que possuem os níveis mais elevados das classificações académicas de ingresso mas, sobretudo, os que têm capacidades humanísticas adequadas ao exercício dedicado e competente da Medicina;

Considerando que nem o perfil vocacional do candidato nem os aspectos subjectivos reconhecidamente indispensáveis a um futuro bom clínico são detectáveis no actual modelo de acesso, não sendo abrangidos nem aferidos por outra avaliação objectiva, nem se afigurando que as provas psicotécnicas, exames psicológicos ou entrevistas pessoais sejam suficientemente determinativos;

Considerando que o aumento do número de vagas disponibilizado pela instituição de ensino médico continua, ano após ano, a ser muito insuficiente para o, também, crescente número de candidatos com classificações de acesso superiores a 18,5 valores;

Considerando que a procura de classificações de acesso próximas do máximo possível está a gerar situações de profunda iniquidade social, sendo

também reveladora da perda de capacidades de diferenciação do actual sistema;

Considerando as conclusões de grupos de trabalho anteriores e a experiência recolhida junto a outros sistemas internacionais, bem como o sentir de responsáveis políticos, institucionais e público em geral perante um sistema com distorções evidentes;

Considerando indispensável e urgente uma alternativa que reformule os níveis exigíveis da formação académica e a inclusão de critérios não académicos, a definir sob a responsabilidade das Faculdades de Medicina, há que preparar uma solução transitória em que parte daquelas medidas seja desde já incluída.

3. Proposta e Critérios de Acesso de Candidatos do Contingente Geral

- (a) Apresentação de prova de capacidade física (pré-requisito em vigor);
- (b) Apresentação de prova documental da fluência escrita em língua Inglesa e de conhecimentos informáticos básicos para utilizador¹;
- (c) Aceitação como potenciais candidatos ao ingresso nos curso de medicina de todos, os que, tendo cumprido aqueles pré-requisitos em (a) e (b), obtiverem classificação geral de ingresso igual ou superior a 16 valores, conforme o sistema actualmente em vigor;
- (d) Aceitação para provas específicas definidas, organizadas e classificadas sob a responsabilidade exclusiva das instituições de ensino médico nacional, de todos os candidatos nas condições expressas nos pontos (a), (b) e (c);
- (e) Definição dos conteúdos das provas específicas pelas instituições de ensino médico, com base nas matérias fundamentais de Biologia, Física, Química e/ou Filosofia² que integram os programas do ensino secundário;

¹ A inclusão do Inglês e da Informática entre os pré-requisitos de acesso propostos não oferecerá contestação. Ambos os domínios são actualmente “linguagens e ferramentas” imprescindíveis na aprendizagem médica e na vida profissional futura. O seu ensino na pré-graduação, como sucede em algumas das instituições nacionais, por vezes ainda só como opção, peca por ser tardio e pouco eficiente, o que limita naturalmente a rentabilização das novas tecnologias de aprendizagem.

² No que se refere às provas específicas, não se justifica que a Física, pela importância dos seus conhecimentos fundamentais e pelo rigor que introduz na conceptualização dos problemas, continue arredada das exigências de acesso. Por outro lado a Filosofia (pela abertura de espírito aos conceitos teóricos e especulativos, pelas capacidades de reflexão e racionalização do conhecimento, ao constituir um complemento natural das ciências, contribuindo para saber pensar, para uma abertura intelectual crítica, para a expressão rigorosa das ideias, para a compreensão reflectida da ética) tem total legitimidade e pertinência para ser considerada entre os critérios específicos de selecção das Faculdades que o desejem fazer.

- (f) Pré-selecção de todos os candidatos que obtiveram nas provas específicas classificação igual ou superior a 16 valores, para participação em prova vocacional (a ser valorizada até 50% do valor da média final);
- (g) Seriação dos candidatos que estejam nas condições definidas anteriormente por ordem decrescente da classificação global (geral e específica) conforme o sistema em vigor, até ao total preenchimento do *numerus clausus* definido por cada instituição;
- (h) Enquanto a prova vocacional não estiver caracterizada propõe-se que as vagas de cada Instituição sejam preenchidas por sorteio entre todos os candidatos referidos em (f) que a tenham indicado em 1ª prioridade.

Vagas, Acesso e Economia de Mercado*

Na alocução de abertura ao simpósio “Improving the Social Responsiveness of Medical Schools”¹ Nancy Gary, presidente da Comissão, identificou para as Faculdades de Medicina diferentes tipos de resposta social, designadamente a formação (em que se incluem a selecção, a educação e a certificação dos estudantes), assim como a investigação, a assistência clínica e a intervenção socio-política.

Aquela perspectiva – que se afigura perfeitamente adequada e por isso foi, sem surpresa, uma das conclusões do simpósio – implica em que a resposta social das Faculdades de Medicina não se confina à intenção de formar os médicos com qualidade, embora os seus limites e campos de intervenção possam variar entre instituições e reflectam particularidades geográficas.

A bem dizer, aquelas conclusões não acrescentam uma vírgula ao conceito tradicional da Medicina e à missão das Faculdades. Todavia, não deixam de alertar para os efeitos que a diversidade das circunstâncias e condicionalismos em que actuam as Faculdades de Medicina tendem a provocar na referida resposta social. É neste cenário onde se entrecruzam particularidades geográficas, culturais, económicas e políticas que germina grande parte dos factores determinantes da actuação institucional, qualquer que seja a perspectiva em análise. A título de exemplo e para um melhor esclarecimento das ideias (embora com risco de me repetir num tema abordado em números anteriores do Boletim)², as vagas disponíveis e a selecção de candidatos às Faculdades de Medicina podem ser anormalmente afectadas por factores externos.

O recrutamento de novos alunos de Medicina começou a ser um problema com a *massificação* do ensino. Nos períodos de ensino médico anterior ao século XIX não havia grandes dificuldades em seleccionar os candidatos pelas qualidades que patenteavam junto do respectivo mentor. Os

* DE – In: Boletim da SPEM 2001, 11 (2-3): 1-5.

¹ World Health Organization e Educational Commission for Foreign Medical Graduates. Março de 1998, Barcelona.

² Boletim da SPEM nº 2:1-3,1992; nº 3:1-4,1992; (3): 1-2,1996; 9 (2): 1-3,1999.

inaptos eram rejeitados, singrando somente os mais dotados e com provas dadas no ofício.

Com a sistematização do ensino médico nas Faculdades, particularmente a partir da segunda metade do século XX, não mais deixou de crescer o número de alunos. A escolha dos alunos passou a ser condicionada pelas vagas existentes em cada Faculdade, em inter-relação teórica com as necessidades em médicos e, mais recentemente também, com o estilo de vida e tipo de cuidados de saúde mais apropriados a cada região.

É exemplar, a este respeito, o estudo que Maheux e cols³ realizaram em três escolas médicas norte-americanas, verificando que instituições diferentes seleccionam diferentes tipos de alunos, quer pelas características socio-económicas e demográficas quer ainda pelos valores, atitudes e interesses que revelam. A selecção dependia não só dos critérios estabelecidos mas também da atracção que cada instituição exercia nos candidatos. Esta tipificação de escolha não existe nos sistemas de ensino idênticos ao nosso, que se caracterizam por critérios de acesso uniformes e aplicados por igual a todas as instituições.

Em Portugal o acesso aos cursos de Medicina, que em meados dos anos 60 decorria sem complicações, transformou-se gradualmente num problema complexo. Não por causa do desacerto entre os objectivos institucionais e os critérios de acesso mas, muito em especial, porque o número de vagas disponibilizadas a nível nacional começou a ser muito inferior ao total de candidatos.

No final da última década, decerto em resposta ao aumento da pressão pública para se aumentarem as vagas nos cursos de Medicina, entraram “em cena” múltiplas instituições privadas e autarquias interessadas em instalar novas escolas médicas. No presente persistem em campo sete instituições privadas que se propõem, através de projectos declaradamente inovadores, formarem os licenciados em Medicina que o País carece.

Ainda que a maioria das candidaturas esteja sujeita à aprovação governamental existe uma que se arroga o direito de concretizá-la sem condicionamento prévio. Em qualquer dos casos a situação é delicada. Em primeiro lugar, por representar uma fonte de pressão com grandes interesses subjacentes, movida pela ideia chave de que a “saúde é um bom negócio”. Em segundo lugar, por dar voz aos milhares de candidatos e familiares que se propõem pagar propinas desde que o objectivo (adquirir uma licenciatura em Medicina) seja atingido. Em terceiro lugar, pela aparente indiferença (dos investidores e dos políticos que vivem o presente) ao risco de desemprego, inevitável numa profissão de “banda estreita”, isto é, que tem muito poucas alternativas de empregabilidade externa.

³ B Maheux, F Béland, R Pinesult, P Rivest, L Valor – Do conventional and innovative medical schools recruit different students? Med. Educ. 1989; 23:30-38.

Entenda-se que as instituições universitárias privadas que se candidatam a ministrar o ensino de Medicina poderão ter grande valor desde que demonstrem qualidade inquestionável, sejam efectivamente inovadoras, tenham autonomia funcional e estejam enquadradas no contexto social.

Em linhas muito gerais, a qualidade formativa de qualquer instituição (seja pública ou privada) é determinada pelas condições estruturais, pela qualificação pedagógica e profissional dos seus docentes e pessoal de apoio, e pelas estratégias, metodologias e meios definidos para aquela formação.

No caso particular da Medicina, a componente biomédica inicial pode ser partilhada e ou desenvolvida em cenários de aprendizagem semelhantes aos de cursos afins e ser também leccionada (sem inconvenientes e por vezes com vantagens) por docentes não médicos. Porém, o ensino-aprendizagem não pode ser nem deve ser dissociado da matriz médica, o que exige uma estratégia própria e eixos de desenvolvimento bem definidos (em função do objectivo global do curso) desde o seu primeiro dia. Adicionalmente, há componentes de ensino básico e pré-clínico que devem ser ensinados por docentes com formação médica, sob pena de se induzirem distorções precoces na aprendizagem.

A componente clínica exige condições únicas, que passam por unidades hospitalares e centros de saúde de qualidade certificada, por doentes e outros utilizadores desses serviços (em quantidade adequada ao número de alunos, e com diversidade de situações e de patologias necessárias para a aprendizagem pluripotencial da Medicina), e por médicos com qualificações académicas e profissionais que tenham disponibilidade e formação para o ensino clínico.

Pelo que se conhece da realidade nacional, quer em docentes habilitados quer em unidades de saúde qualificadas, não oferece dúvidas de que a hipotética viabilização daqueles cursos privados (a existirem, duplicariam o total de instituições públicas actuais, em que se incluem as duas recém-inauguradas) teria de se basear virtualmente nos mesmos docentes e nas mesmas unidades prestadoras de cuidados de saúde que, no presente, estão em sobrelotação funcional. A menos que esta iniciativa ocasione também uma importação maciça de formadores e a construção de múltiplas novas unidades de saúde, nem uma nem outra solução são credíveis. Porém, admitindo que apesar de todas as carências e advertências de bom senso é liberalizada a criação de novos cursos de Medicina, à semelhança da desgraçada irresponsabilidade que autorizou, há alguns anos, a proliferação de muitos outros cursos ditos “universitários”, com os resultados sociais de desemprego encartado que hoje existe no País, não haverá decerto falta de diplomados em Medicina em condições (administrativas) para concorrerem e serem admitidos nos serviços de saúde públicos, preenchendo todos os lugares ainda em aberto. Mas será que haverá médicos?

Qualquer que seja a solução encontrada, e na ausência de um mecanismo social que regule o acesso em função das disponibilidades e carências profissionais em cada período, não há certezas sobre o número de candidatos interessados e em condições de ingressar que continuarão sem vaga⁴; em segundo lugar, admitindo que o total de médicos aumenta significativamente, ficará por decidir a sua empregabilidade (se e) quando o sistema público estiver saturado. Qualquer daquelas preocupações é plausível e, quase em absoluto, independente do que são (e serão) e de como funcionam as Faculdades de Medicina. Estas instituições disponibilizam os lugares que a sua capacidade em docentes, estruturas e organização vier a possibilitar. Se, por mero exercício de retórica, houver em cada ano 500 candidatos que pretendam ingressar em cada uma das actuais Faculdades de Medicina portuguesas, é evidente a inviabilidade, não só pelas razões referidas mas ainda pela natureza do curso, designadamente no ensino clínico, que requer doentes disponíveis e que aceitem participar na aprendizagem, bem como unidades hospitalares que, além do seu pessoal próprio, admitam uma sobrecarga pesada de alunos, em horários com frequência disruptivos da prática assistencial.

Embora tais argumentos se afigurem lineares e atendíveis é um facto que continuam a ser demagogicamente corroídos por múltiplos interesses e pressões, que não são lineares nem transparentes. Inclusive por parte de altos responsáveis políticos, cujo dever mínimo é informarem-se bem antes de atizarem demagogias. Ainda recentemente, a propósito do lançamento promocional de um curso de medicina privada, foi dito: “*o odioso travão do numerus clausus deixa à porta das Faculdades de Medicina milhares de alunos altamente qualificados*”, sendo a responsabilidade atirada a meias para os braços dos “*governos que nada previram*” e da “*poderosa corporação dos médicos*”.

Em boa verdade não são apenas os políticos a dizerem inoportunidades, pois que também há alguns médicos – quiçá saudosos dos “gloriosos” tempos das passagens administrativas dos anos de 70, quando os governantes resolveram “abrir as comportas” que submergiram, com milhares de alunos, as Faculdades de Medicina da época – se espantam de agora só entrarem 150 a 250 alunos em cada ano, quando no “seu tempo” havia dez vezes mais. Naturalmente que de tão esclarecidas opiniões não há que esperar muito mais de quem está por fora, tem influência e de Medicina nada sabe. O “odioso travão *do numerus clausus*”, por conveniência demográfica conver-

⁴ De acordo com os dados estatísticos disponíveis, do total de 26.008 candidaturas apresentadas ao ensino superior universitário em 1^a opção, para 2001-2002, 3.361 escolheram Medicina. Isto é, 1 em cada 8 dos candidatos à Universidade queria ser médico. Na realidade, ingressaram em Medicina no 1^o ano e pela 1^a vez 983 alunos (n^{os} provisórios), ou seja, 1 em cada 3 candidatos ao curso.

tido em instrumento de interesse corporativo e das Faculdades de Medicina é, no passo seguinte, transformado em principal causa da falta de médicos em Portugal. Antes de se esclarecer por que motivo hoje (como também sucedia aquando da publicação em 1958 do Relatório das Carreiras Médicas) cerca de 70% dos médicos residem e exercem nas principais cidades do litoral, deixando o interior do País entregue aos clínicos espanhóis, antes de se corrigirem os sucessivos desequilíbrios das valências clínicas em cada unidade de saúde hospitalar e na totalidade do território, antes de explicarem por que razão não existe um observatório credível que possibilite a gestão efectiva dos recursos médicos no País, foram sendo propagadas generosamente; pelos *media*, algumas mensagens com potencialidades diversas, interesses convergentes e argumentações afins ao do famoso “Princípio de Peter” que poderia ser adaptado nas seguintes premissas: 1^o – há falta de médicos; 2^o – a falta de médicos reside no *numerus clausus* das Faculdades tradicionais, 3^o – a falta de médicos tem origem nos interesses corporativos dos médicos, sendo as Faculdades o instrumento desses interesses; 4.^o – logo, há que aumentar o *numerus clausus* para que os problemas de Saúde tenham solução.

É sabido que a decisão governamental de criar duas novas Faculdades de Medicina gerou grande controvérsia e oposição, inclusivamente da comissão especificamente nomeada para a fundamentar a sua criação. Porém, o Governo entendeu, e bem, a par com a orçamentação daquelas duas novas instituições, atribuir financiamento suplementar para a beneficiação e desenvolvimento das capacidades funcionais das Faculdades mais antigas, no âmbito de contratos-programa específicos. Nessa perspectiva, aquelas instituições comprometeram-se a aumentar progressivamente o respectivo *numerus clausus* até ao ano 2005-2006. Em boa hora, também o Grupo de Missão em Saúde definiu cenários de crescimento realista para o ensino médico pré-graduado, em função dos índices de aposentação e das necessidades previsíveis para a cobertura médica do País nos próximos vinte anos. Por via destes indicadores, é hoje possível antecipar metas de crescimento e prever o ano em que o *numerus clausus* global deve abrandar ou ser reduzido.

Porém, quem decide sobre certas formas de educação e tipos de curso, assim como na prestação, funcionamento e gestão dos cuidados de saúde são, cada vez mais, os mercados e, cada vez menos, os governos. Os financiadores, os meios de comunicação e os de informação estão a posicionar-se também no centro do sistema regulador da educação e da saúde, ao definirem as quantidades de “recursos humanos úteis” e, com o tempo (não havendo medidas que o impeçam), virão a influenciar também o tipo de “formação útil” (às necessidades do mercado).

Por enquanto, a situação está circunscrita à “quantidade” de formação oferecida, na perspectiva de um presente que não atende ao futuro. Todavia,

a lógica dinâmica e plural da Sociedade não pode ignorar o futuro e a diversidade potencial de soluções que pouco ou nada terão de semelhante (hipoteticamente) com os interesses e as soluções actuais da economia de mercado.

O desemprego médico é uma realidade actual em outros países da Comunidade Europeia. Os médicos espanhóis, por exemplo, estão a colmatar carências dispersas no nosso país e também no Reino Unido. Em Portugal há situações de desemprego denunciadas, este ano com particular acutilância, pelas Ordens dos Farmacêuticos, Veterinários, dos Médicos Dentistas e dos Advogados. As razões são idênticas: não há mercado para profissionais com competências muito selectivas, como são os de Medicina. Além do aumento de vagas aprovadas pelo Governo, aquelas Ordens têm reclamado energicamente contra a proliferação descontrolada de cursos promovidos por instituições de ensino privadas. Também a nossa Ordem dos Médicos está a opor-se à criação de novos cursos de Medicina.

Ao analisar tão evidente quanto dramática situação em profissões tão próximas, a par com as tremendas pressões que estão a ser exercidas para que sejam aprovados novos cursos de Medicina, há a sensação de que se assiste antecipadamente a um “dejà vu” que, mais tarde ou mais cedo, vai abater-se também sobre a profissão médica. Nesta perspectiva, não há tempo a perder nem hesitações sobre o caminho a tomar: o equilíbrio entre o total de médicos necessários e o de candidatos em formação não poderá ser destruído pela voracidade de alguns nem pela complacência socialmente irresponsável de outros tantos.

Imigração Médica em Portugal. Origens, Benefícios, Precauções*

Não é um fenómeno recente a migração de médicos (e outros profissionais da saúde) para países que oferecem melhores condições de trabalho e de vida. É de conhecimento comum a importância que teve para o sector de saúde norte-americano a imigração de médicos estrangeiros entre os anos 30 e 70 do século XX, como solução indispensável para preenchimento das vagas abertas nos seus hospitais e clínicas públicas.

Atendendo à expansão e melhoria crescente de qualidade dos cuidados de saúde nos países mais evoluídos, e não obstante também aí se registar um substancial aumento na formação médica qualificada, esta continuou a ser frequentemente inferior às necessidades entretanto criadas. Estavam deste modo reunidas as condições para o recrutamento de médicos estrangeiros interessados, em que se incluíam também muitos dos que tendo sido enviados pelos seus governos para formação pós-graduada, decidiam não regressar aos países de origem. Estes países periféricos foram (e continuam a ser) continuamente espoliados dos seus profissionais mais qualificados, pelo que, a par da perda de investimento que haviam aplicado na respectiva formação, persistiu (ia) o agravamento da assistência médica local.

As preocupações suscitadas pela imigração médica e pelo comprovado desequilíbrio na prestação de cuidados de saúde nas regiões mais carenciadas foram resumidos com grande clareza por Peter E Bundred em artigo de opinião recente¹.

No que se reporta a Portugal, apesar das condições e incentivos disponibilizados pelo Sistema Nacional de Saúde serem manifestamente inferiores aos oferecidos pelos países mais apetrechados, e das expectativas económicas locais serem também menos favoráveis, um número relevante de médicos estrangeiros tem solicitado equivalência ao curso de licenciatura realizado nos seus países. A partir da década de 70 grande parte dos candidatos

* NE – In: Boletim da SPEM 2002, 12(2-3):1-3.

¹ Lancet 2000; 356: 245-246.

provinha dos novos países africanos de origem portuguesa e também do Brasil. Mais recentemente registou-se um novo surto de candidatos, agora de imigrantes do Leste europeu.

Na generalidade, uma fracção importante daqueles profissionais vê-se constringida a desempenhar ocupações de recurso para garantir o sustento próprio e dos seus familiares, enquanto aguarda a concessão de equivalência. Nestes condicionalismos são óbvias as dificuldades com que aqueles imigrantes médicos se debatem, obrigados, por um lado, a trabalhos de sobrevivência e, por outro, a manterem-se actualizados e com preparação adequada para aprovação no exame clínico que lhes é requerido para equivalência.

Tendo em atenção aquelas circunstâncias e não obstante os médicos a serem acreditados possam constituir um acréscimo precioso, qualitativa e qualitativamente, ao total de recém-licenciados por todas as Faculdades de Medicina nacionais, com a vantagem de não terem representado custos de formação para o Estado Português, é compreensível a atenção que as Faculdades de Medicina tem dado ao assunto, resguardando habitualmente as suas decisões num conjunto de trâmites administrativos que antecedem a realização de um exame clínico final, de que depende a inscrição na Ordem dos Médicos.

Na realidade, todo o processo é passível de riscos de percurso e de discrepâncias de decisão. Recorde-se o sucedido há meia dúzia de anos com os diplomas de licenciatura em Medicina Dentária emanados de universidades sul-americanas, desconhecidas, em que esteve envolvido um numeroso grupo de cidadãos europeus. As Faculdades de Medicina nacionais foram na época alertadas pelas instâncias superiores para o assunto, e a situação acabou sem consequências conhecidas. Porém, o mesmo poderá não suceder em futuras ocasiões, por via da globalização crescente de atitudes e do refinamento das tecnologias que, a par de benefícios que criam, também transportam em si as potencialidades para a imprevisibilidade.

Outras situações, embora muito menos graves mas reveladoras dos descertos subjacentes, têm sido verificadas entre nós. Por exemplo, é sabido que nenhum candidato está autorizado a inscrever-se em mais do que uma Faculdade para equivalência de licenciatura. Todavia, porque nenhuma das instituições informa as suas congéneres das candidaturas que recebe, somente *a posteriori*, quando é comunicada à Direcção Geral do Ensino Superior a identidade dos médicos com equivalência aprovada, é verificado que um mesmo candidato “aparece licenciado” (ou seja, obteve equivalência) em simultâneo por mais de uma das Faculdades de Medicina nacionais. Igualmente tem sucedido que um candidato obtém equivalência automática ou é aprovado com determinada classificação no exame por uma das Faculdades e, entretanto, não obteve equivalência ou foi reprovado por outra Faculdade com poucos dias de intervalo.

Aquelas e outras situações existem e os candidatos, que as conhecem, adaptam-se naturalmente às complacências habituais que, no conjunto, não poderão ser reivindicadas como momentos altos de organização interinstitucional.

As Faculdades de Medicina não devem continuar isoladas nas suas metodologias e decisões próprias, como tem sucedido. O modelo de actuação deverá ser concertado entre todas as Faculdades de Medicina nacionais, através do diálogo interinstitucional consiliente, apoiado numa coordenação supra-institucional eficaz.

Adicionalmente, caberá às autoridades profissionais e governamentais, de que depende o exercício de Medicina no País, garantir que os médicos com equivalência de licenciatura por Faculdades nacionais tenham enquadramento obrigatório idêntico ao que é estabelecido para todos os recém-licenciados por aquelas Faculdades de Medicina. Exceptuando os que vierem a ser reconhecidos pelos Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos, por serem detentores de formação médica complementar, aos restantes deverá ser também exigida a realização do actual Internato Geral.

Com alguma coordenação e perseverança metodológica, o sistema de equivalência será mais dignificado e ter-se-á revelado mais equilibrado sem perda de rigor, possibilitando que os médicos estrangeiros que obtiverem a equivalência pelas Faculdades de Medicina nacionais constituam um efectivo e sólido contributo para a actividade médica no País.

III – PROJECTO DA REFORMA CURRICULAR NA FML

10 – Numerus clausus e rácio docente/discente

**Do “Numerus Clausus” à Proporção Docente/Discente.
Que Futuro?***

Pela aplicação do “*numerus clausus*” e com a progressiva redução dos contingentes de alunos admitidos anualmente, foram surgindo referências a um aparente excesso de docentes da FML. Nesta perspectiva, apenas a recente criação das disciplinas de opção, ao constituírem-se em novas áreas pedagógicas com exigências específicas a uma metodologia de ensino/aprendizagem intensiva, justificariam contratações adicionais de pessoal docente. Todas as restantes disciplinas estariam com o máximo ou, até, com docentes a mais para tão “poucos” alunos.

Todavia, enquanto as disciplinas básicas, com 50 a 70 alunos/ano, se incluíam no grupo das sobredimensionadas, e as pré-clínicas num estado intermédio, as disciplinas do ciclo clínico constituíam o outro extremo, com os enormes inconvenientes pedagógicos de leccionarem (ainda) cursos com três a cinco centenas de alunos/ano.

Numa primeira leitura, a tendência regressiva da população discente apontaria para uma próxima e inevitável redução no quadro dos docentes da FML. Esta decisão apoiar-se-ia em dois argumentos aparentemente inabaláveis. Primeiro, e como é do conhecimento comum, a capacidade económica da Universidade de Lisboa (e, por inerência, a da FML) esgota-se virtualmente no pagamento dos vencimentos aos seus funcionários, em que se incluíam os docentes; daqui, tudo o que pudesse reduzir aquele peso orçamental favoreceria uma maior disponibilidade para as despesas de consumo e capital, no momento reduzidas a níveis (ainda) insignificantes. Em segundo lugar, a proporção docente/discente que vem sendo aceite como pedagogicamente correcta (1 docente para 10-15 alunos) estaria já ultrapassada, ou em vias de o ser nos próximos anos, dando azo a que houvesse docentes sem alunos.

Porém, a realidade dos factos, em todas as suas implicações não será tão linear e conclusiva como aparenta.

* OC – In: Boletim FML 1987; 29:1-2.

Não se afigura credível que a redução de algumas dezenas de docentes (na área dos contratados além do quadro e, certamente, à custa dos menos diferenciados) beneficie significativamente as finanças da FML. A solução terá de ser procurada, com muito mais pertinência, no aumento do orçamento para funcionamento e investigação, relativamente aos montantes para vencimentos de funcionários.

Por outro lado, há que ponderar a proporção docente/discente que melhor serve os objectivos e necessidades da FML. A aplicação de um rácio que se revele adequado ao ensino de Direito, de Letras ou mesmo Ciências, poderá não coincidir com as exigências do ensino médico. Serão ainda admissíveis reservas suplementares quanto às metodologias de ensino e necessidades pedagógicas da aprendizagem específica das ciências básicas, pré-clínicas e clínicas, a requerer indispensáveis reajustamentos pontuais.

Finalmente, uma eventual e precoce fixação dos limites máximos de docentes por disciplina (a definir essencialmente com base em critérios de escolaridade semestral ou anual) abaixo dos totais do momento, particularmente no contexto da prolongada indefinição a que se assiste quanto à extensão da carreira de investigação à Universidade, – originará, por certo, problemas funcionais bem mais graves do que os actuais, pelo menos para alguns sectores com actividades de investigação fundamental e/ou de desenvolvimento experimental.

A ir para diante com aqueles propósitos, uma das formas mais acessíveis da correcção no total de docentes destacados em cada disciplina seria a não contratação de substitutos, após exoneração dos titulares. Outro processo daria preferência à contratação de docentes convidados, isto é, em regime de “tempo-parcial”.

A preferência por assistentes em “part-time” tende a subverter o princípio de que as “faculdades são locais onde se faz ciência”. Esse princípio assenta, necessariamente, em recursos humanos profissionalizados e a tempo inteiro nas suas tarefas.

Na situação actual poder-se-á alegar que os docentes *são pagos para ensinar*, isto é, para assegurarem apenas as necessidades pedagógicas e o enquadramento dos alunos, com base em determinada escolaridade semanal. Ao invés, os docentes *não seriam contratados para investigar*, ainda que, por inerência universitária e motivação própria, seja admissível e aguardado o seu envolvimento naquelas actividades.

Na circunstância, o uso e aplicação que os docentes fazem do seu tempo na Faculdade são fortemente condicionados pelo regime de contrato, disponibilidades pessoais e, ainda, pelo tipo de actividades (hospitalares e/ou docentes) que exercem. E é exactamente neste ponto que mais se acentuam as diferenças que existem entre os docentes convidados das clínicas e os que integram os ciclos básico e pré-clínico.

Os docentes clínicos são também médicos com funções hospitalares pelas quais partilham, na generalidade, duas tutelas. Além deste pormenor (economicamente importante), ambas as tarefas são exercidas em virtual sobreposição no tempo e local de trabalho. Entretanto, os docentes das disciplinas não clínicas, mas que se encontram sob estatuto equivalente exercem aquelas funções no período que “sobeja” do exercício hospitalar. É de salientar que a principal impossibilidade das disciplinas básicas escalonarem as aulas práticas no período da manhã tem derivado exactamente da indisponibilidade dos seus docentes (convidados) para aquele horário, por via das ocupações hospitalares de que são simultaneamente responsáveis.

Deste contraste, e mesmo sem entrar em linha de conta com a actividade da investigação, conclui-se que a eficiência e progresso do ensino médico na fase pré-clínica não podem continuar a depender de docentes convidados senão como recurso.

Se considerarmos a vertente investigacional que caracteriza os quadros universitários, mais se acentua a iniludível imprescindibilidade de recursos humanos com total disponibilidade. Admitir outras possibilidades será iludir expectativas.

O progresso e modernidade do ensino, investigação e, afinal, o exercício da profissão médica terão de ser reequacionados pelo recrutamento de recursos humanos interessados, dedicados, com qualidade e disponíveis. Para tal, o preenchimento dos quadros terá que privilegiar o exercício em tempo integral ou dedicação exclusiva, num esquema que garanta a pronta e constante renovação dos menos aptos. Em particular, os critérios de aferição das necessidades dos serviços deverão ser orientados mais para a qualidade e rendimento científicos obtidos em três vertentes (pré-graduação, pós-graduação e investigação científica), do que pela proporção relativa ao total de alunos a serem ensinados na pré-graduação em cada ano lectivo.

A pós-graduação e, muito essencialmente, a investigação fundamental ou aplicada, que simbolizam a essência da Universidade e, no caso, o progresso da Ciência Médica, deverão assentar em investigadores/docentes fiáveis, actualizados e evolutivos que garantam a constituição de serviços “vivos” com obra científica, da qual possa emanar, naturalmente, um ensino fundamental na experiência realizada.

Duvidamos, contudo, que estes objectivos possam assentar em alicerces constituídos apenas por uma simples e burocraticamente uniforme proporção docente/discente.

Reflexões Sobre o Ratio Docente/Discente*

A contratação de pessoal docente para as diversas disciplinas do curso de Medicina foi sempre (e continua a ser) uma questão difícil, polarizada em argumentos extremos. De um lado alinham-se as consabidas e constantes (imutáveis?) restrições financeiras em que as Faculdades são forçadas a funcionar. Por outro, são invocadas as necessidades pedagógicas e a falta de pessoal docente (em quantidade e qualidade) para que o ensino seja tutorial e eficaz. Finalmente, numa posição mais elevada e determinante, situam-se as directivas ministeriais fixando o *ratio* docente/discente que alguém considerou ser adequado para cada área do ensino universitário. De momento são desconhecidos os critérios pedagógicos em que foi calculado o *ratio* docente/discente, bem como a influência que nele exercem as especificidades técnicas, científicas e profissionais de cada área da licenciatura.

O *ratio* recomendado para Medicina aproxima-se de 1 docente para 5 discentes. Desvios nesta progressão, designadamente provocados pelo aumento relativo do número de docentes, estão a ser apreciados desfavoravelmente pelas autoridades governamentais. É, de certo modo, o início de uma nova época, governada por critérios contabilísticos, em que para cada disciplina com determinada escolaridade corresponderá um número máximo, pré-fixado, de docentes. Tudo o mais – tipo de matéria a aprender, capacidades, atitudes e gestos a desenvolver – parece tornar-se irrelevante (ou quase) na fixação do *ratio*.

É óbvio que o *ratio* de 1/5 não significa que a cada docente compete ensinar cinco discentes. O valor real é bem diferente, sendo multiplicado por 4 ou 5 quando referido a cada uma das disciplinas do curso. Turmas teórico-práticas ou práticas com 20 a 40 alunos não são nenhuma raridade (bem pelo contrário) em diversas disciplinas do curso ministrado nas nossas Faculdades de Medicina. Nestas condições não surpreenderá que a qualidade do ensino tenda para a teorização factual, e perpetue incapacidades do “não saber fazer”.

Observações efectuadas entre 1987/88 e 1991/92 num lote significativo de 126 Faculdades de Medicina norte-americanas (*In: JAMA 1992; 268:1083-1090*) evidenciaram que o número de docentes tendia para aumen-

* OC – In: Revista da FML 1993; I(5):169-170.

tar, a par com a estabilização do total de estudantes matriculados. No conjunto, o total de docentes em *tempo completo* aumentou cerca de 20% naqueles 4 anos, sendo de 23% o acréscimo registado nas disciplinas clínicas e de 9,5% na área das ciências básicas.

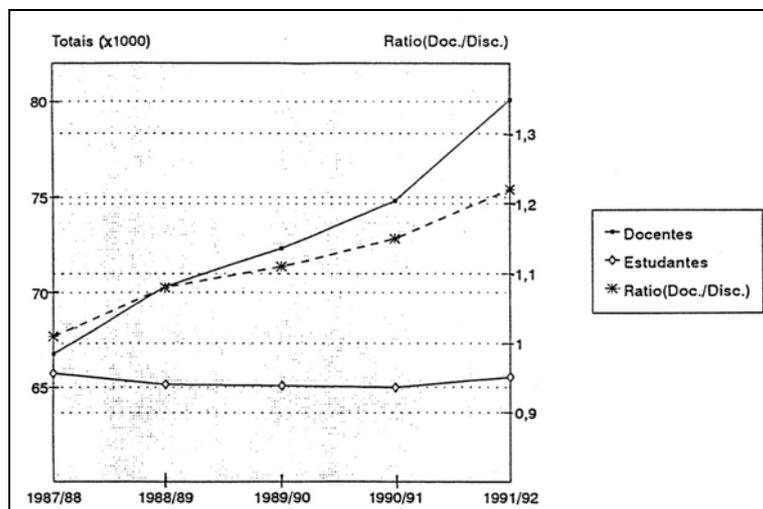


Fig. 1 – Evolução do número total de docentes a tempo completo e de estudantes de Medicina em 129 Faculdades de Medicina Norte-Americanas.

Parte deste aumento dos docentes estaria a ser absorvido por actividades paralelas ao ensino, entretanto desenvolvidas. A reestruturação curricular do curso, baseada em interações docente-discente mais intensas e no aumento da integração interdisciplinar, justificaria o desvio negativo do *ratio* docente-discente (Fig.1).

Note-se, entretanto, que além dos docentes referidos trabalhavam nas Faculdades de Medicina americanas dois outros grupos, um de contratados a tempo parcial e sendo os restantes voluntários sem retribuição. Em 1991/92 existiam na área das ciências básicas cerca de 32% de docentes naquelas duas últimas condições, atingindo quase 67% na área das clínicas. Se estes docentes contratados a tempo parcial mais os voluntários fossem incluídos nos cálculos, a razão docente/discente seria de 3 para 1. Será oportuno recordar que o cálculo do *ratio* na Faculdade de Medicina de Lisboa se baseia essencialmente em docentes a tempo parcial (64,7%) e completo (26,2%), sendo bastante menos os que estão em dedicação exclusiva (9%).

Números desta grandeza, em flagrante contraste com os índices impostos superiormente, justificam reflexão e opções pragmáticas, a par de cuidadosa aferição dos objectivos e responsabilidades (educacionais e científicos) das Faculdades de Medicina nacionais.

IV – APOIO ESTRUTURAL À REFORMA CURRICULAR

**A Revista da FML – Perspectivas para uma Renovada
Transmissão do Conhecimento e Maior Eficácia
na sua Aplicação***

Preâmbulo

A transmutação do Boletim da FML em Revista mais não é do que um passo evolutivo natural, no trajecto de qualidade ascendente a que a equipa editorial, liderada pelo Prof. Lopo Tuna, há muito nos habituou. Circunstâncias diversas, alicerçadas em pessoas entusiásticas, meios disponibilizados e vontades congregadas para um objectivo que é de todos, possibilitaram que a fronteira das intenções fosse, enfim, atravessada.

A realidade está perante nós sob a forma de uma Revista que é, simultaneamente, o órgão oficial da Faculdade de Medicina de Lisboa. Nesta renovada configuração, a transferência da informação poderá, e deverá, decorrer em harmonia com os propósitos pedagógicos e científicos de uma publicação centrada na formação médica, que legitima expectativas de superior qualidade de conhecimentos e acrescido rigor da sua aplicação.

Entretanto, a fundação de um novo jornal não pode ser dissociada das características do meio em que se insere, nem dos paradigmas mais representativos da “ciência” em que se transformou a edição de revistas médicas no seu processo, forma e conteúdo. Há regras definidas pela experiência – que Stephen Lock designou por *Jornalologia* (1) que o bom senso aconselha a seguir, para que o fosso entre o conhecimento e a sua aplicação seja eficaz e progressivamente estreitado. É neste propósito que devem ser entendidas as reflexões que se seguem.

Objectivos e Intervenientes

Em primeiro lugar, o lançamento de um novo jornal médico norteia-se por objectivos próprios. O desenvolvimento de determinada área científica

* A – In: Revista da FML 1993; I(3):84-88.

e/ou a necessidade de ampliar o campo de intervenção de grupos específicos de autores, são das razões mais comuns que fundamentam a criação dos jornais médicos. E, ainda de acordo com Stephen Lock (1), esses jornais destinam-se a “informar, instruir, comentar e, possivelmente, a divertir” os seus leitores. Por outras palavras, os jornais científicos devem ser escritos, editados e publicados tendo por objectivo primário os que os lêem. Só assim se completa com plena eficácia a transferência de informação entre os que a fazem ou recolhem e os que a lêem, com passagem pelos que a preparam e publicam.

Naquele encadeamento de processos adquirem particular realce três grupos de intervenientes: os autores, os leitores e os editores. No seu conjunto estão na origem do crescimento exponencial das publicações periódicas da área médica, desde a fundação dos dois primeiros jornais científicos independentes em 1665 (Journal de Sçavans, em Paris, e Philosophical Transactions of the Royal Society, em Londres). Actualmente, calcula-se que existam mais de 70.000 jornais científicos publicados em todo o mundo, dos quais cerca de 1/5 pertencentes à área biomédica. Este volume de publicações (decerto inferior ao dos inúmeros jornais não referenciados nos sistemas de pesquisa internacional) traduz-se numa taxa de crescimento de 7% ao ano, com duplicação de novos títulos em cada 10 a 15 anos. Não surpreende assim que, no início da década de 80, se calculasse em cerca de 4 milhões o número de artigos publicados anualmente na área biomédica (2).

Tão significativa ordem de grandeza levanta algumas questões pragmáticas. Quem produz (e porquê) tantos textos? Têm qualidade científica esses artigos? Quem lê os trabalhos publicados? São esses estudos relevantes e/ou indispensáveis para a continuidade e melhoria da prática clínica e/ou progresso da ciência biomédica?

As respostas a estas e outras interrogações semelhantes requerem uma análise mais atenta sobre o tipo de jornais publicados, o perfil dos leitores (interessados) e a qualidade do material científico editado.

Autores e tipos de jornais

Os médicos têm acesso a dois tipos de jornais, os de características científicas e os noticiosos. Os últimos, do tipo “ler-e-deitar-fora”, são distribuídos gratuitamente a grupos específicos de médicos por sociedades comerciais, em grande parte suportadas por publicidade. Na generalidade, estes jornais contêm informações sobre novos medicamentos, reuniões, protagonismos pessoais e de classe. Raramente inserem artigos, e os que são publicados não passam, por norma, pelo crivo de apreciação crítica dos conselhos editoriais, quando os há.

No pólo oposto encontram-se os jornais de raiz científica e sem objectivos comerciais, em geral fundados por instituições de ensino médico, sociedades científicas ou especialidades clínicas. O principal objectivo destes jornais consiste em promover o progresso da área científica em que se inserem, pela inclusão de revisões temáticas de qualidade, artigos originais seleccionados e editoriais oportunos (que funcionam como um “ponto-de-ordem” sobre assuntos controversos, adiantam novas perspectivas ou referem inovações com interesse potencial para os leitores). Neste lote diferenciam-se dois subgrupos, um constituído por periódicos sobre assuntos gerais (dirigidos primariamente aos generalistas e outros profissionais da saúde) e outro englobando os jornais especializados (e sub-especializados), contendo aspectos clínicos ou de investigação biomédica de interesse restrito a especialistas.

P. Riis não teve dúvidas em afirmar que “*os jornais médicos de âmbito geral influenciam primariamente o que os médicos fazem hoje, enquanto os jornais especializados das disciplinas básicas influenciam o que os médicos talvez façam amanhã*” (3).

A implantação de critérios editoriais visando o rigor, a qualidade e a idoneidade científica do material publicado tem constituído o objectivo primordial dos editores responsáveis. Simultaneamente, a existência ou ausência de selectividade, pela qualidade, dos artigos publicados vem sendo o ponto de separação entre as revistas mais representativas (pelo impacte que originam) e os jornais de importância secundária (4).

A selectividade dos trabalhos (por critérios de pertinência, fundamentação e clareza) e a apreciação da competência científica dos seus autores são baseadas em mecanismos de avaliação instituídos pelas comissões editoriais das revistas prestigiadas. A análise dos textos submetidos pelos autores aos jornais mais respeitados baseia-se num sistema de “peer-review”, entre os membros efectivos do conselho editorial ou outros peritos especialmente convidados para o efeito, pelos editores. A crítica pelos “pares” de cada autor, aqueles também autores em áreas científicas afins, requer particular cuidado, independência e integridade das partes envolvidas, evitando alguns aspectos menos positivos (6). Apesar de algumas referências a fugas de confidencialidade, uso indevido de ideias colhidas em trabalhos submetidos a apreciação, e preconceitos inadequados, a “peer-review” deverá ser considerada, *necessária mas insuficiente* (4). Efectivamente, ainda é o mecanismo que melhor preserva a qualidade da publicação, quer rejeitando os artigos que não prestam quer melhorando o estilo ou corrigindo alguns pequenos defeitos despercebidos dos autores dos trabalhos aceites. Embora seja discutível a utilidade numa comunidade científica pequena, há razões para admitir que a eficácia da “peer-review” aumenta quando o nome dos autores e instituições a que pertencem é também mantida oculta dos avaliadores (4).

A utilização do Inglês como idioma “oficioso” da ciência justifica que a generalidade dos jornais médicos de primeira grandeza, sejam actualmente

escritos e/ou publicados em países de língua inglesa (5). Por conseguinte além das dificuldades geradas na competitividade, filiação em instituições e países com mais ou menor tradição científica e questões menos naturais, como os compadrios, sexo dos autores e outras “bias”, acresce a barreira do idioma e os tropeços na sintaxe para os que não aprenderam o Inglês no berço. Admite-se que este pormenor seja a causa de muitos trabalhos valiosos não figurarem nos bancos de dados da literatura médica ou biomédica internacional.

Apesar destas e outras dificuldades não se vislumbram sinais de esmorecimento na pressão que inúmeros autores exercem sobre os jornais com maior ou menor índice de impacto, no sentido de verem publicados os seus trabalhos.

Além das imperfeições da “peer-review”, com decisões frequentemente discordantes e/ou não reprodutíveis sobre os mesmos trabalhos (6), há a referir que muitos dos artigos rejeitados pelos jornais mais qualificados acabam por ser publicados à segunda, terceira ou posteriores tentativas em revistas menos selectivas, por vezes sem qualquer emenda relevante. Face a estes surpreendentes condicionalismos, cabe questionar sobre as razões profundas que induzem os autores a persistir na publicação de trabalhos considerados inaceitáveis por avaliadores experientes. Por outro lado, perante a vulnerabilidade do sistema de avaliação, será tolerável a existência de qualidades distintas para uma mesma ciência, isto é, em que os leitores dos artigos científicos possam, em casos extremos, ser induzidos em noções menos exactas ou erradas por autores sem qualidade com a colaboração (irresponsável) de avaliadores permissivos?

As dúvidas e o cepticismo que recaem sobre os autores, avaliadores e, em particular, sobre o sistema de publicação das “verdades científicas” do momento justificam estudos específicos e medidas apropriadas que beneficiem a transferência da boa informação, e eliminem a que não presta.

A evolução de todas as ciências decorre por paradigmas, que são convicções bem aceites numa dada época (7). Há concordância com a opinião de Jean Rostand, quando este diz que “*não tenho verdades, apenas convicções... e nada divide tanto como a verdade*”.

Fazer juízos sobre o que está certo ou errado em Ciência tem sempre uma componente de risco. O que é menos verdadeiro para os avaliadores e os pares de dado autor poderá não ser mais do que uma realidade extemporânea, que se confirma posteriormente. O exemplo do primeiro trabalho de Einstein sobre mecânica quântica, recusado e mais tarde “recuperado”, e cuja conclusões ainda hoje são aceites, confirma a delicadeza do papel de quem ajuíza resultados que colidam com as próprias convicções. Porém, estas situações não devem ser confundidas com os riscos genuínos, frequentes, que corroem a transferência da informação científica. A publicação dos resultados fraudulentos, o plágio, a sobreposição dos mesmos trabalhos em

revistas diferentes com nomes distintos (ou nem isso), a deficiente redacção das conclusões, utilização de tecnologias inapropriadas e um sem-número de outros defeitos de base que podem distorcer a realidade são desacertos a corrigir ou a condenar radicalmente. Não há lugar e equívocos filosóficos sobre a verdade dos resultados, quando autores impreparados ou arrivistas fazem mau uso das normas científicas e da ética.

A preservação da verdade e do progresso da ciência médica passa igualmente pelos mesmos caminhos e conclusões. A avaliação dos trabalhos publicados pelos “pares” deverá ser uma regra indispensável, instituída, aceite por consenso e rigorosamente mantida pelos responsáveis de todos os jornais que se pretendem idóneos e qualificados; de outro modo perde-se a confiança e nasce o descrédito pela instituição, pelos editores e responsáveis, e por todos os outros autores que neles publicam.

Tipo e interesses dos leitores

A procura da qualidade pelos editores visa dois objectivos básicos: primeiro, congregar o melhor material científico disponível e seleccionado e, em segundo lugar, procurar que a informação publicada seja útil para os leitores a que se destinam (8). Por conseguinte, as características dos jornais médicos devem ter necessariamente em conta o perfil dos leitores; estes podem constituir-se num grupo com necessidades e interesses heterogéneos ou, pelo contrário, representam uma minoria muito especializada. Nestes termos, os jornais médicos devem centrar-se nos interesses específicos dos leitores e não, como sucede muito frequentemente, nos desejos dos autores que querem “impor” os seus trabalhos, ou nos dos editores, que traçaram objectivos que entendem ser os mais correctos (9).

A difusão da informação científica junto de determinado grupo médico não pode ignorar três condicionalismos elementares, que são (i) o tempo que o leitor tem disponível para a sua reciclagem, (ii) a qualidade de informação publicada e (iii) a quantidade de publicação que recebe.

Perante o volume de informação publicada anualmente, os leitores têm de seleccionar o que precisam para a sua prática; em alternativa não teriam sequer disponibilidade para se inteirarem dos títulos dos trabalhos editados que, a números actuais, ultrapassa a cifra de 10.000/dia.

Por conhecimento próprio e opiniões expressas (10) serão raríssimos os clínicos que lêem integralmente todos os jornais médicos que recebem.

Frequentemente, a leitura incide nos trabalhos que lhes interessam no momento, sendo dada preferência aos que se apresentam sob forma sucinta e conclusiva. Isto explica a popularidade crescente de resumos estruturados (11) e outras inovações tecnológicas ainda incipientes (9).

A principal limitação do médico que pretenda manter-se informado e actualizar os seus conhecimentos reside no tempo disponível para o fazer, o que, no máximo, totaliza cerca de 2 a 4 horas/por semana (12). Foi referido que um internista precisaria de consultar entre 15 a 20 artigos para ficar esclarecido sobre um dado aspecto específico da terapêutica (1). A discrepância entre aquelas realidades e a quantidade de artigos publicados na literatura justifica reflexão atenta e muito pragmatismo. Por seu lado, há quem defenda que a prática da Medicina não depende da consulta regular da informação original que vem sendo publicada. Na opinião de Richard Smith, actual editor do *British Medical Journal*, cerca de 85% das actividades médicas não são apoiadas por factos científicos bem fundamentados (13).

A dissociação entre a prática e o conhecimento é potencial geradora de estados de desactualização irreversível, particularmente nos grupos médicos que exercem clínica mais distanciada dos principais centros hospitalares e científicos. Todavia, a consulta regular de literatura médica de qualidade é também muito limitada em grupos mais diferenciados, como foi comprovado recentemente entre nós (14).

Quaisquer que sejam os motivos, é um facto incontestado que muitos artigos publicados nunca são lidos ou citados na literatura. Num estudo alargado a 5 anos, 55% dos artigos na área biomédica nunca haviam sido citados, enquanto metade das revistas nas bibliotecas especializadas não era apreciada sequer uma vez num ano de observação (1).

Além das carências de tempo livre e/ou de interesse que os médicos possam evidenciar pela formação contínua através da leitura regular de jornais científicos de qualidade, acresce que apenas cerca de 1% dos trabalhos publicados nos periódicos médicos são considerados cientificamente válidos (13). A generalidade dos artigos carece de relevância, pertinência e/ou qualidade adequada para os interesses dos clínicos.

Em alternativa, são fundamentalmente úteis para os seus autores, como mecanismo de “alongamento” do curriculum (8) e/ou conservação de posições académicas. A expressão *Publish or Perish*, plenamente actual em diversas situações profissionais, acaba por ser também a causa da tremenda inflação de redundâncias, inutilidades e mediocridades escritas e perpetuadas nas citações irreflectidas de determinados utentes da ciência.

Num estudo recente, preparado em 1991 pelos *Annals of Internal Medicine*, foram seleccionados artigos que apresentavam fundamento científico e impacte clínico. Entre 47 jornais médicos qualificados havia apenas 298 artigos originais que cumpriam aqueles critérios, ou seja, pouco mais de um artigo por cada dois números em 9 jornais de primeiro plano, e menos de um por cada cinco números de outros 30 periódicos. No conjunto, aquelas observações sugerem que muito dos trabalhos científicos publicados são inúteis para aqueles a quem se destinam, em parte por estarem excessivamente focados nos interesses dos autores.

Conclusões

O equilíbrio entre os interesses dos autores e leitores terá de ser cuidadosamente preservado pelos responsáveis editoriais.

As dificuldades mencionadas não justificam atitudes extremas que ponham em causa a utilidade das publicações médicas periódicas como um mecanismo flexível de actualização científica. Requerem, no entanto, reformulações pragmáticas que adequem a disponibilidade dos leitores à pertinência da informação e/ou disponibilidades tecnológicas.

A nova Revista da FML, fazendo jus à imagem de nau na sua capa, decerto singrará incólume entre os escolhos dos interesses individuais e as pressões do meio, atenta às possibilidades e exigências das novas tecnologias. O seu rumo será determinado naturalmente pelos objectivos da Instituição, bem claros para todos: ensinar, ensinar a aprender, ensinar a fazer, ensinar a pesquisar e a criar nova ciência médica.

As páginas da Revista serão decerto lugar para a inserção de textos escolhidos entre os melhores, conforme critérios de qualidade e rigor próprios de uma Instituição que faz do Ensino, da Investigação e da preparação para a Assistência as suas prioridades destacadas.

A educação pré-graduada terá apoio específico e possibilitará reflexões que possibilitam a renovação constante do conhecimento médico.

Por fim, os médicos que a instituição licencia poderão receber da nova Revista o apoio fraternal, científico e cultural que decerto desejam mantido para sempre.

Na realidade, o futuro começou a ser preparado hoje.

Bibliografia

- 1 – Lock S – Journalology: evolution of medical journals and some current problems. *J Int Med* 1992; 232:199-205.
- 2 – Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics. Mc Master University. How to read clinical journals: I-IV. *Can Med Assoc J* 1981; 124:555-558, 703-710, 869-872, 985-990, 1156-1162.
- 3 – Riis P – New paradigms in journalology. *J Int Med* 1992; 232:207-213.
- 4 – Mc Nutt RA, Evans AT, Fletcher RH, Fletcher SW – The effects of blinding on the quality of peer review. *J Am Med Assoc* 1990; 263: 1371-1376.
- 5 – Stossel TP, Stossel SC – Declining American representation in leading clinical research journals. *N Engl J Med* 1990; 322:739-742.
- 6 – Rennie D, Flanigan A, Glass RM – Conflicts of interest in the publication of science. *J Am Med Assoc* 1991; 266:266-267.
- 7 – Kühn T – “The Structure of Scientific Revolutions”. 2^a ed, Chicago: Univ Chicago Press, 1970.

- 8 – Bottiger LE – Medical journals in transition from authors to reader (editorial) *J Int Med* 1992; 232: 195-197.
- 9 – Fletcher SW, Fletcher RH – Responsibilities of medical journals to readers. *J Int Med* 1992; 232:223-228.
- 10 – Highkin DJ – Unwanted journals and the environment (letter). *Ann Int Med.* 1990; 113:996.
- 11 – Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DG, Gardner ML – More informative abstracts revisited. *Ann Intern Med* 1990; 113:69-76.
- 12 – Huth EJ – The information explosion. *Bull NY Acad Med* 1989; 65:647-661.
- 13 – Smith R – Where is the wisdom? (editorial). *Br Med J* 1991; 303:798-799.
- 14 – Martins e Silva J – Elementos para a análise pedagógica de um curso inserido na área da educação médica pós-graduada. *Rev Interno* 1992; 1:13-23.
- 15 – Haynes RB – ACP journals club's modus operandi. *Ann Intern Med* 1991; 115 (suppl. 3):A14

A Revista da FML, como Referência da Identidade Institucional*

1. Data de Maio de 1985 a publicação do nº 1 (versão renovada) do Boletim da FML, anunciado com o propósito principal de congregar todos os membros da Faculdade de Medicina para um projecto dinamizador comum. Nas palavras do Prof. Doutor Guerra Rodrigo, então Presidente do Conselho Directivo, pretendia-se que o Boletim fosse o “*elo de ligação entre os elementos da Faculdade, em especial na perspectiva da informação dos acontecimentos mais relevantes do seu viver colectivo*”.

2. Com regularidade exemplar, ano após ano, o Boletim tornou-se num vínculo efectivo, que promoveu a união de pessoas e projectos, contribuindo para cimentar intenções e acções, para revelar e difundir actividades e realizações pedagógico-científicas do maior mérito, algumas das quais se mantinham ignoradas da Instituição. Através do Boletim foi criado um permanente desafio colectivo que, tendo por base as insuficiências e inadequações existentes, visava a renovação de meios e condições de trabalho, o progresso do saber e, fundamentalmente, a adopção de novos conceitos e atitudes, individuais e institucionais, para a mudança positiva que se antecipava. A “*revitalização das disciplinas básicas*”, o “*desenvolvimento de novas áreas*” (algumas das quais são hoje realidades consagradas), “*a reformulação da estrutura e orgânica funcional da Faculdade*”, a “*criação de cenários de actuação compatíveis a uma genuína política de ciência institucional*” e, por fim, a “*definição de programas de educação médica pós-graduada*” foram as prioridades defendidas nas páginas do Boletim pelo então Presidente do Conselho Científico, Prof. Doutor José Pinto Correia.

3. Oito anos mais tarde, em Janeiro de 1993, do Boletim nascia a Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa. Nas palavras da Comissão Executiva, coordenada pelo Prof. Doutor J. Lopo Tuna, “*a Faculdade ficaria dotada*

* NE – In: Agenda da FML 1997; 73:1-2.

de uma publicação, obrigatoriamente de nível muito alto, espelhando a actividade de uma Instituição de grande tradição e transcendência”.

4. No editorial desse primeiro número, o Prof. Doutor A Torres Pereira, à época Director da FML, muito claramente anunciava que *“a Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, órgão oficial da Instituição, contemplará ainda a promissora actividade do Departamento de Educação Médica, abrangendo a pré e a pós-graduação”.*

5. Em Janeiro de 1996 a Revista da FML entra na era actual, com a introdução de algumas modificações do projecto editorial e enquadramento nas realidades da publicação e da difusão da informação e do saber. Com a transferência maciça do noticiário para a recém-criada Agenda, foi possível conferir à Revista características mais adequadas a este tipo de publicação periódica. A Revista passou a bimestral e, após um primeiro ano mais atribulado, foi adquirindo a regularidade que se exige. Outra modificação fundamental consistiu na definição de um Conselho Científico e de um Conselho Consultivo, em que estão representados todos os órgãos e áreas científicas da FML, assim como a Associação de Estudantes. Finalmente, com a reorganização do Gabinete Editorial como sector técnico coordenado pelo Prof. Doutor Carlos Perdigão e dependente do Conselho Directivo, foi conferido à Revista e restantes publicações da FML apoio profissionalizado, indispensável à qualidade pretendida.

6. Com as alterações introduzidas, a Revista privilegia artigos de opinião, revisões temáticas, documentos de âmbito universitário, científico e/ou aplicados à Medicina, resumos de provas académicas realizadas por docentes da FML e, ainda, os resumos das reuniões clínicas FML/Hospital de Santa Maria. Os textos completos de reuniões especiais organizadas pela FML têm sido incluídos, em geral possibilitando números completos. Foi aberta uma oportunidade aos jovens docentes e investigadores para publicarem os seus primeiros trabalhos de síntese. Finalmente, pretende iniciar-se a publicação de mini – simpósios temáticos, estando o primeiro deles prontos para o início de 1998. Ainda não estão a ser aceites artigos originais, o que virá a suceder naturalmente quando for activado o sistema de “peer-review”.

7. As opções tomadas em 1996, e que se configuram no exposto, visavam objectivos claros, então por mim anunciados: *“reflectir o sentido da missão e os interesses presentes e futuros da Instituição; representar a qualidade e especificidade das actividades pedagógico-científicas realizadas; constituir o terreno para o debate das hipóteses e dos conceitos, para a filo-*

sofia de acção, para a avaliação das realidades concretizadas; finalmente, ser um eixo de suporte ao desenvolvimento da FML nesta conjuntura de mudança curricular e dos novos cenários de actuação daí inevitáveis”. Por via daqueles objectivos, foi decidido que a Revista não teria, necessariamente, de se identificar com outras publicações da área médica. Em alternativa, foi definida a ênfase nas temáticas sobre Educação Médica, em trabalhos de síntese que pudessem ser úteis para apoio da formação, em documentos de âmbito cultural, científico, de política universitária, ou que abordassem aspectos do nosso passado institucional.

8. Considerando que a revista da FML é o órgão oficial de uma instituição académica quase bicentenária (que remonta à Real Escola de Cirurgia de Lisboa), inserida numa das áreas científicas com maior índice de evolução conceptual – quer de âmbito médico ou biomédico – em que se registam elevadíssimos contributos para o número de publicações registadas anualmente; sendo a FML sede de diversos centros de investigação, alguns dos quais de primeiro plano nacional e elevada produtividade científica nacional e internacional; havendo na FML um Departamento de Educação Médica, que foi o primeiro do País e igualmente pioneiro no lançamento de um curso de mestrado em Educação Médica, e que continua a ser uma unidade com dinamismo exemplar na conceptualização e realização de sucessivas iniciativas pedagógicas; por fim, tendo a FML cerca de quatro centenas de docentes (dos quais cerca de 1/3 são doutorados), na maioria médicos com relevante experiência profissional, além de uma percentagem já notável de docentes não médicos, a que acrescem investigadores voluntários e estagiários de largo futuro, seria de prever que se amontoassem no Gabinete Editorial inúmeros textos para publicação. De facto assim não é, nem nunca foi.

9. Também aqui não é fácil ajuizar razões para tão baixa contribuição escrita. Uma das hipóteses seria alegar que a produtividade interna incide particularmente em artigos originais, que não são aceites pela Revista, por enquanto. Todavia, talvez esta explicação se aplique a publicações em revistas estrangeiras. Outra hipótese será a dificuldade de abordar temáticas que não sejam essencialmente clínicas. No entanto, mesmo nesta perspectiva, haverá todo o interesse em disponibilizar sínteses temáticas ou lições sobre aspectos mais clássicos ou inovadores, de pré-graduação ou pós-graduação. Igualmente as sessões clínicas Hospital-Faculdade, de tão grande tradição entre nós, seriam um manancial para debate formal sobre casos clínicos, à semelhança do que sucede em reputados jornais médicos estrangeiros. Esta potencialidade continua a ser muito pouco explorada, infelizmente. Talvez a originalidade bem portuguesa de multiplicar situações sobreponíveis, como é o caso de haver duas Revistas publicadas no mesmo espaço comum – uma

da Faculdade e a outra do Hospital – também explique a rarefacção destes textos em ambas.

Os resumos de teses de doutoramento e os relatórios pedagógicos constituem, só por si, material suficiente para tornar a Revista da FML um grande jornal médico. Finalmente, que dizer da nossa experiência institucional, como centro inovador e pioneiro na Educação Médica, empenhado numa renovação curricular, de que seriam de esperar inúmeras contribuições pessoais e de grupo? Curiosamente, a esta escassez de publicações escritas, contrapõe-se uma elevadíssima taxa de participação em reuniões e de preleções não escritas dos mais diversos tipos, algumas das quais do mais alto nível. Tendo em conta o exposto, não se encontra outra explicação mais plausível do que a falta de tempo para passar da palavra dita à palavra escrita.

10. A reprodução escrita das nossas ideias, dos nossos resultados e das nossas experiências é um desafio a vencer constantemente. É sempre uma luta contra a escassez de tempo e os múltiplos afazeres, numa estrutura funcional com reconhecidas deficiências de organização; mas é também uma obrigação individual que recai em todos os universitários, explicitada na missão de promover com o seu trabalho a criação e a transmissão do saber. Por isso, a Revista deverá ser entendida pelos membros da FML como o reflexo do que somos e fazemos. A Revista é também um vector de desenvolvimento institucional.

Se não houver conteúdo, se não houver publicação de trabalhos creditáveis realizados na FML pelas suas equipas de docentes investigadores e também alunos integrados em projectos, então a Revista não existe. Por arrastamento, a FML perderá visibilidade e influência no meio que lhe é próprio. A ser assim, a confirmarem-se estas desastrosas expectativas, haverá que repensar o futuro e procurar alternativas que relancem o projecto de uma instituição dinâmica, genuinamente universitária, com meios adequados e pessoas disponíveis para uma formação de primeiro plano, concretização científica excelente, e projecção médica exemplar.

A resposta está nas nossas mãos.

Para que a Agenda seja Mais Útil*

1 – A Agenda da FML tornou-se uma referência informativa institucional desde a publicação do seu primeiro número, em 15 de Outubro de 1994. Também desde então tem sido enviada quinzenalmente (excepto em Agosto) a todos os membros do pessoal docente e não docente, sendo ainda disponibilizada aos estudantes que a queiram consultar. Atendendo a alguma descontinuidade na recepção da Agenda, designadamente junto das clínicas, foi resolvido personalizar a entrega a partir de 1 de Abril deste ano.

2 – O conjunto de informações publicadas na Agenda foi progressivamente alargado a alguma documentação de interesse comum, nem sempre acessível. Tornou-se habitual noticiar sobre as actividades dos órgãos de Gestão, dos seus diversos gabinetes e comissões, da Direcção dos Serviços Administrativos, assim como informações e despachos transmitidos pelo Reitor e tutelas Ministeriais. A Actividade científica tem merecido particular relevo, designadamente na informação recebida das diversas agências financiadoras, sobre projectos e candidaturas disponíveis. As acções de formação pedagógica organizadas pelo Departamento de Educação Médica são exaustivamente divulgadas, com particular destaque desde Outubro pp. Finalmente, saliente-se a difusão de alguma legislação que interessa à FML.

3 – Entendeu-se oportuno inventariar todo o material publicado desde o primeiro número da Agenda e classificá-lo por temas, criando-se um índice remissivo que abrange todos os números publicados até 1997. O índice que acompanha este número pretende ser útil a todos os que desejarem rapidamente qualquer informação publicada na Agenda entre 15 de Outubro de 1994 e 15 de Dezembro de 1997. No futuro, pretende-se publicar o índice anual no número que completa a colecção de cada ano.

* NE – In: Agenda da FML 1998; 75:1.

4 – No anterior número da Agenda já havia sido inserida uma referência condensada de toda a legislação publicada entre 1984 e 1997, com aplicação à Formação Médica, Ciência, Educação Superior e outros assuntos que, directa e indirectamente, tenham interesse para a FML e para os seus membros. Anote-se que o mérito do trabalho desenvolvido na pesquisa e organização informática dos índices, agora publicados, recai por inteiro no Gabinete de Relações Públicas. Através deste trabalho, a Agenda torna-se decerto mais útil a todos que a consultem.

Para que as Realizações tenham efectivo Valor*

1 – Está a terminar o ano de 1997. Será oportuno fazer o seu balanço na FML. Numa primeira impressão, que parece consistente, existem motivos para satisfação colectiva. Houve metas conseguidas, há projectos em desenvolvimento, outros “em carteira” e, essencialmente, há o “desassossego” saudável que confirma a rejeição da mediocridade e prenuncia a evolução qualitativa das instituições.

2 – Embora abusando de uma perspectiva pessoal que poderá não ser partilhada, resolvi para esta reflexão de fim-de-ano seleccionar os dez acontecimentos que, entre outros, considero os “pontos fortes” mais conseguidos pela FML em 1997. Independentemente de considerações sobre o seu valor relativo (nem sempre possível), ou de ordem cronológica, são os seguintes os factos a salientar:

(a) **Novo programa curricular** – Com dificuldades e obstáculos internos e externos, na generalidade previsíveis, prossegue paulatinamente a renovação do plano curricular. A concretização do plano de estudos do renovado 3^o ano consumiu múltiplas reuniões, sem contar com o tempo despendido desde 1995/96. O 3^o ano fora definido como “ano-charneira”, a reorganizar pedagogicamente como resposta a dois objectivos fundamentais: “Introdução à doença e Introdução ao doente”. Seria no 3^o ano o momento adequado para iniciar as grandes integrações conceptuais, requeridas e a desenvolver, no cenário do ciclo clínico. Para tal, houve que recriar duas áreas de interacção disciplinar, ambas a decorrer no 2^o semestre, englobando diversas disciplinas e objectivos pedagógicos, e reagrupar os seus aspectos nucleares específicos no 1^o semestre.

A filosofia de avaliação foi adaptada às circunstâncias, houve que escolher docentes para um objectivo comum de ensino-aprendizagem por problemas clínicos e, também, houve que adaptar espaços e adquirir algum equipamento para a aprendizagem de gestos clínicos básicos, mais tarde a

* NE – In: Agenda da FML 1997; 74:1-2.

aplicar aos doentes. As dificuldades ainda não terminaram, mas o processo está em andamento. É legítimo admitir que a experiência e os ensinamentos conseguidos se reflectirão positivamente no 3^o ano do próximo ano lectivo. Entretanto, foi dado início à fase final de preparação do ciclo clínico, cujo 4^o ano renovado começará em 1998/99. Cabe aqui salientar também o documento elaborado pela CRODAC (Comissão de Reflexão sobre os Objectivos, Desempenhos e Atitudes Curriculares) para o futuro 6^o ano do novo programa curricular. Este documento, aprovado pela Comissão de Revisão Curricular e pelo Conselho Científico, confere a orientação geral para a preparação de todo o ciclo clínico.

(b) **Quadro de pessoal docente e áreas pedagógico-científicas** – Após largo período de reflexão e debate foi finalmente concretizado a correcção do quadro do pessoal docente da FML e, na sequência, actualizada a distribuição das diversas disciplinas afins por áreas pedagógico-científicas.

(c) **Financiamento da investigação por alunos** – Parte do valor das propinas cobradas entre 1994/95 e 1995/96 foi aplicada, mediante proposta da Assembleia de Representantes, no financiamento de projectos de investigação a desenvolver por alunos. As candidaturas apresentadas pelo GAPIC estão a possibilitar o desenvolvimento de um trabalho de base que reúne muitas expectativas. Prevê-se que o modelo criado, que é uma inovação exemplar na gestão das verbas das propinas, seja continuado em anos subsequentes, inclusivamente para redimensionamento da investigação médica e biomédica na FML.

(d) **Educação médica pós-graduada** – Em conjunto com a University of Wales, foram conferidos os primeiros diplomas de “Medical Education” a 14 dos mestrados da FML inscritos. Foi sem dúvida um momento especial do programa de desenvolvimento da FML, que inclui, entre outros objectivos, o progressivo aumento de docentes com formação pós-graduada em educação médica, a par com a renovação do plano curricular. A esta actividade desenvolvida pelo DEM acrescem diversos outros cursos de pós-graduação e projectivos, estes visando a preparação de áreas de ensino complementar a considerar no novo programa curricular da pré-graduação.

(e) **V Encontro da FML** – Esta já tradicional cerimónia e ponto de encontro dos membros da FML atingiu, no presente ano, níveis de particular qualidade e significado, político e social. A presença do Presidente da República na cerimónia inaugural, a participação directa dos Ministros da Saúde e da Ciência em outras ocasiões do programa, a representatividade da assistência, o brilho conferido pelos conferencistas convidados, em que se incluiu um cientista galardoado com o Nobel da Medicina, a que acresce a qualidade das temáticas apresentadas, fizeram do V Encontro um momento de alto significado para a FML e para todos os seus membros actuais e anteriores que se lhe juntaram. Foi também uma ocasião adequada para a FML homenagear quem

devia, entre antigos alunos, professores jubilados, funcionários aposentados, médicos recém-licenciados e docentes que ascenderam na carreira académica.

(f) **Cerimónias de jubilação – Com uma semana de intervalo, no passado mês de Maio, decorreram** as cerimónias de jubilação de dois Mestres da FML, Prof. Carlos Ribeiro e Prof. Fernando de Pádua. Ouvimos então de ambos a tradicional “Última Lição” e houve ocasião para discursos formais e momentos sociais, e para o testemunho de muitos amigos, discípulos, admiradores e, também, doentes pessoais de cada um dos homenageados. Todavia, mais que tudo, há a salientar a forte carga emotiva que perpassou naquelas duas ocasiões numa Aula Magna repleta, no momento da despedida oficial de tão representativos Professores da FML, que passam a integrar o DEM na qualidade de Professores Eméritos.

(g) **Laboratório de Neurociências Básicas** – Por acordo estabelecido entre a Fundação Calouste Gulbenkian (FCG) e a FML, tendo por base a profunda interligação funcional que existia há diversos anos entre o Centro de Estudos Egas Moniz e Centro de Neurociências de Lisboa com o Laboratório de Farmacologia do Instituto Gulbenkian de Ciências, considerando o interesse manifestado por todas as partes, foi concretizada a criação e instalação na FML do Laboratório de Neurociências Básicas em instalações provisórias cedidas pelo Instituto de Bioquímica. Foi por esta via possibilitada a vinculação à FML de um grupo de investigadores de nomeada, que possibilitará potenciar sobremaneira o conjunto de actividades pedagógicas e científicas programadas no âmbito das Neurociências. No III Encontro da FML, em 1995, as Neurociências foram consideradas como área estratégica a desenvolver na FML. A criação do Laboratório referido e o programa já conhecido vão ao encontro daqueles objectivos, pelos quais nos congratulamos.

(h) **Avaliação da FML** – Por determinação do CRUP, foi a FML incluída no programa de avaliação dos cursos de licenciatura em Medicina das Universidades Portuguesas. Para tal foi a FML visitada por uma Comissão emanada dos Reitores das Universidades Europeias, a qual se inteirou, junto de representantes do corpo docente e discente, sobre algumas questões padronizadas. Entretanto, a FML concluiu e editou, através do Gabinete de Planeamento, Avaliação e Desenvolvimento, o relatório da sua primeira avaliação, referente a 1994/95. No momento está em curso o inquérito da avaliação pedagógica e científica dos docentes, e estão a ser analisadas as respostas dos alunos, referentes à avaliação dos anos lectivos de 1995/96 e 1996/97. Para melhor eficácia do processo, houve que organizar um grupo de trabalho e criar um espaço novo com equipamento adequado à avaliação rotineira das actividades da FML. Foi também preparado o início do inventário informatizado do património da FML, a começar no princípio de 1998. O accionamento da avaliação constitui-se num processo fundamental para a correcção de assimetrias e para aumento da qualidade das actividades dos serviços que competem à FML.

(i) **Pólo da Biblioteca Central** – Com o apoio especial da Fundação Calouste Gulbenkian foi possível apetrechar um espaço recuperado no Instituto de Anatomia, onde ficou instalado o pólo da Biblioteca Central nas Ciências Morfológicas. O novo pólo da Biblioteca quase que duplicou a área de estudo, além de localizar material informático, sistemas interactivos, equipamento e material para aprendizagem, em especial, das Ciências Morfológicas. Somente agora será possível encerrar a Biblioteca Central, no piso 6, para obras de recuperação inadiáveis.

(j) **Construção do edifício** – Finalmente, foi concluída o processo de adjudicação da construção do edifício do designado Instituto de Ciências Fisiológicas e Centro de Medicina Preventiva. O novo edifício será construído no topo sul da cerca, onde há cerca de três anos foi implantada a 1ª pedra. Prevê-se que a construção demore três anos o que, atendendo à carência de espaços em que a FML funciona, não evitará situações de grande dificuldade logística, há muito pré-anunciadas. Tendo em conta essas previsões, considerando os elevados encargos que estão a ser assumidos em reparações superficiais, a desactualização das instalações, e a *infuncionalidade* do conjunto institucional que se dispersa por um edifício imenso e envelhecido, foi recentemente aprovada a intenção de um programa de implantação da FML na continuidade do futuro edifício, que será objecto de análise urgente.

3. As realizações da FML em 1997 têm sido as possíveis. Há motivos para alguma satisfação e esperança numa evolução crescente. As reformas fundamentais estão contudo dependentes do sistema da administração pública e das intenções superiores das tutelas. A modernidade que se pretende e a flexibilidade que gera a eficácia funcional terão de ser baseadas em outras coordenadas, que venham a confirmar-se. Todavia, sem procurar mais causas nem outros mecanismos justificadores para as muitas dificuldades que constroem o desenvolvimento da formação médica, desejaria que entre as dez realizações eleitas para 1997 tivessem figurado soluções para dois grandes problemas actuais:

- (i) Adequação imediata do rácio docente/discente para 1/3, no máximo 1/4;
- (ii) Definição e atribuição de áreas adequadas para ensino clínico agora muito insuficientes.

Nenhuma das questões teve ainda solução. Talvez 1998 traga as respostas que há muito propomos, para que as realizações conseguidas tenham efectivamente valor em termos pessoais, institucionais, profissionais, científicos e, naturalmente também, em benefício futuro da Saúde Pública nacional.

Da Autonomia Redimensionada às Realidades Institucionais do Presente*

1. Com a publicação do Decreto-Lei nº 252/97 de 26 de Setembro, decidiu o Governo dar um passo essencial à “*definição e clarificação de um conjunto de medidas... que têm em vista aprofundar e reforçar a autonomia (financeira) das universidades, no plano da gestão do pessoal, no plano da gestão orçamental e no plano da gestão patrimonial*”. Para o efeito são criadas algumas vias especiais cuja plena aplicação dará solução a constrangimentos que afectem significativamente a funcionalidade das instituições universitárias, em particular no que se refere à obrigatoriedade do regime jurídico fixado pela Contabilidade Pública a todas as unidades incluídas na rubrica “fundos e serviços autónomos”. Na realidade, e até ao momento, a Lei da Autonomia das Universidades (ainda) não evitou que estas instituições continuem a depender do visto do Tribunal de Contas para as mais variadas situações que, precisamente, consubstanciam o que se entende pelo exercício pleno de uma autonomia responsável.

2. Com esta medida legislativa, o Governo pretende, a título excepcional “*não consentindo extensão a qualquer outra instituição que não as universidades... disciplinar e desenvolver o exercício da autonomia administrativa e financeira das universidades*”, através do que acentua ser um “direito especial” a prevalecer sobre as normas gerais em sentido contrário. Cabe aqui realçar que os direitos são referidos a cada universidade (no seu todo) e não às suas unidades orgânicas, (p. ex. as Faculdades) embora estas também desfrutem de um estatuto autónomo.

3. Tendo por base aquele importante pormenor, haverá que entender que a dotação para pessoal, orçamento e património são integralmente afectadas a cada universidade, a qual, por mecanismos próprios, procede à sua distribuição pelas unidades orgânicas constituintes.

* NE – In: Agenda da FML 1998; 93:1-2.

4. Por via desses mecanismos, reforçados por algoritmos pré-definidos, cada universidade poderá contratar pessoal (docente, investigador ou não docente) se tiver cobertura orçamental para o fazer. Entretanto, a verba do orçamento de Estado é estabelecida para cada universidade, com base no número de alunos inscritos e rácio docente-discente, definido para cada curso. Segundo os critérios pré-estabelecidos, as dotações de pessoal financiado pelo orçamento de Estado são fixadas para cada ano lectivo pelo Ministro da Educação.

5. Independentemente da contestação (generalizada) ao valor do rácio docente-discente imposto aos cursos universitários, a que acresce a ausência de financiamento específico para investigação e outras actividades propriamente universitárias que ultrapassam a leccionação, é um facto que as dotações para pessoal nem sempre contemplam as necessidades objectivas de cada unidade. Uma das dificuldades mais comuns em cada universidade resulta de algumas das suas unidades orgânicas terem excesso de pessoal docente em tempo integral ou dedicação exclusiva, o que tende a esgotar as dotações globais atribuídas. Daqui têm surgido dificuldades na contratação de docentes para outras unidades com gestão mais equilibrada dos recursos humanos.

6. Aquele tipo de situações não agrada a ninguém, sendo uma causa potencial para alguma crispação aquando da distribuição anual do orçamento entre as diversas unidades de cada universidade. Somente a exemplar civilidade das pessoas e instituições tem evitado, até agora, situações de ruptura que parecem inevitáveis. A anunciada activação dos contratos-programa para as universidades, a concretizar-se no calendário anunciado (iniciado há cerca de um mês na Universidade de Coimbra, e aguardado para a Universidade de Lisboa no próximo ano) possibilitará a correcção de algumas deficiências mais angustiantes mas, na realidade, não alterará questões de fundo, que justificam medidas administrativas muito mais drásticas. Por exemplo, é cada vez mais difícil e redutora, face a realidades internacionais de comprovada eficácia, a defesa de um sistema administrativo em que a gestão dos recursos humanos (além dos restantes tipos de gestão) continua a cingir-se pelas normas do funcionalismo público, de que não se vislumbram diferenças relativamente a qualquer repartição do Estado.

7. Entretanto, a principal melhoria permitida pela referida legislação no âmbito da gestão de pessoal foi a de reformular os contratos de trabalho a “termo certo”. Mediante formalidades mínimas, as universidades foram autorizadas a celebrar contratos de trabalho, desde que pagos por verbas de

receitas próprias e não visem satisfazer necessidades permanentes de serviço. Todavia, também aqui é requerida a fiscalização prévia do Tribunal de Contas.

8. A gestão orçamental colheu alguns benefícios pontuais, designadamente ao libertar a aplicação dos saldos de gerência da autorização tutelar prévia, como vinha sucedendo. Entretanto, as universidades terão de promover auditorias externas periódicas para avaliação da respectiva gestão financeira. Neste propósito, a Universidade de Lisboa, por acordo entre todas as suas unidades orgânicas, celebrou um contrato para uma auditoria global, a iniciar muito brevemente.

9. Finalmente, no plano de gestão patrimonial, cabe salientar um notável progresso, que foi o de integrar no património das universidades os imóveis adquiridos e construídos por estas ou cedidos pelo Estado, e que se encontram afectos ao desempenho da sua atribuição e competências. Os referidos imóveis naquelas condições “*são título bastante para o registo do direito de propriedade... a favor de cada universidade*”. Este articulado parece (finalmente?) abrir perspectivas de resolução sobre a natureza; propriedades (e gestão) dos edifícios e terrenos em que coexistem (com dificuldade recíprocas) as unidades universitárias do ensino médico e as unidades hospitalares do Sistema Nacional de Saúde.

10. No momento em que a Faculdade de Medicina de Lisboa ergue o módulo I das suas novas instalações na cerca hospitalar, e prepara o desenvolvimento de um plano director para as infra-estruturas e recursos humanos que virá a necessitar na próxima década, afigura-se muito oportuna a definição de áreas, patrimónios e limites de inter-actuação institucional. Há a lamentar, porém, que estas medidas que se afiguram racionais para um clima de transparência e de boa-vizinhança funcional em condomínio tenham demorado quase cinco décadas. Todavia, com base nos modelos de gestão inovadores em preparação, visando uma melhor e mais correcta articulação entre as Faculdades de Medicina e as Unidades do Serviço Nacional de Saúde, tornar-se-á muito mais fácil conseguir uma actuação sinérgica qualificada, que se projecte numa formação médica de primeira grandeza e, naturalmente, numa actuação assistencial exemplar.

A Modernização do Ensino Médico*

A “Modernização” é um termo banalizado nos programas políticos contemporâneos e, também, muito acarinhado pelos inúmeros responsáveis de instituições públicas e empresários, Talvez pela frequência em que é “mediatizada”, a *modernização tornou-se* parte do léxico diário de uma parte relevante da população.

Sucedê porém que o significado de cada palavra pode não ser igual pelos muitos que a usam. Para uns não será mais do que uma palavra de circunstância; para outros simbolizará uma acção a empreender quanto antes. Entre os dois extremos cabem múltiplas hipóteses, tantas quanto forem os potenciais intervenientes no processo, as suas motivações e o posicionamento relativo que nele ocupam.

Das intenções à concretização de um acto há um longo caminho a percorrer, em geral coberto de escombros e dificuldades diversas, A modernização corresponde a uma *mudança* e, como tal, suscita imediatamente *resistências*. São relativamente poucos os que aceitam sem relutância a mudança dos seus hábitos de vida ou profissionais, mesmo que os reclamem entre as prioridades principais. Não obstante serem inúmeras as vantagens já conhecidas, o conformismo e o acomodamento à rotina multisectorial da vivência individual estão na origem da *resistência à mudança* para o desenvolvimento, para situações novas que, na prática, constituem novos problemas a resolver. Acresce que numa sociedade hierarquizada em múltiplos níveis de decisão e actuação, é naturalmente difícil assegurar que as intenções venham a ter expressão. Admitindo que as intenções não são meros jogos de palavras sem substância mas que, pelo contrário, representam posições determinadas para a acção, admitindo que a mudança é efectivamente desejada pelos receptores da informação, e que estes a entendem em toda a sua extensão e profundidade, poderá suceder que as intenções venham a coincidir com as expectativas e se concretizem. O problema tende a instalar-se quando a interpretação do significado da mudança por parte dos receptores não coincide com as intenções anunciadas por quem as determina.

* NE – In: Boletim da SPEM 1999; IV Série, 9(1):1-3.

Há cerca de vinte anos começou a falar-se muito na urgência da modernização administrativa na função pública nacional. Foi com natural satisfação e muita esperança que se aguardaram os resultados anunciados. Excepcionalmente a extinção do papel selado e outras alterações secundárias, que conste nada de fundamental foi alterado. Desde então, esporadicamente, são anunciados propósitos semelhantes que vêm a ter idêntico destino. Nos aspectos mais afins à actividade académica refira-se o exemplo do Estatuto da Carreira Docente Universitária (ECDU), publicado em 1980 e há muito justificando alterações substanciais. Não obstante a comunidade universitária ter sido auscultada pelo menos duas vezes sobre projectos de revisão apresentados pelas instâncias superiores, nunca mais houve conhecimento sobre o seu estado e destino, até hoje.

No que se refere ao ensino pré-graduado de Medicina, são muitos também os momentos de perplexidade perante as decisões superiores. Recuando no tempo até 1975, a “modernização” então legislada conduziu à extinção de hospitais escolares e quase fez regressar o ensino clínico ao modelo que vigorava em Portugal nos fins do século XIX. Nunca mais, até hoje, foi possível esclarecer os governantes sobre as particularidades do ensino médico no que se refere a meios logísticos, recursos humanos e, também, quanto ao conceito fundamental que lhe está inerente. O conhecido artigo 105º do ECDU, ao referir legislação especial para o ensino clínico, mais não foi do que uma solução indispensável para salvaguardar alguns requisitos essenciais, designadamente para possibilitar o recrutamento de médicos para a docência, em articulação com as respectivas funções no (que veio a ser o) Serviço Nacional de Saúde.

Porém, sucessivamente, houve que introduzir modificações pontuais, visando consensos e conciliações entre objectivos institucionais distintos, cada vez mais distanciados entre si por interesses que, de comum, somente partilhavam pessoas de boa vontade e muita dedicação. Com tão precioso contributo foi possível assegurar a qualidade da formação médica em Portugal nas últimas duas décadas, em particular desde que as Faculdades de Medicina ficaram sem orçamento para manter o vínculo contratual com muitos dos seus docentes convidados do ciclo clínico.

Por conseguinte, a modernização do ensino médico em Portugal nos últimos cinco anos consistiu num brutal agravamento do rácio docente-discente, com repercussões muito graves na qualidade da formação clínica dos futuros clínicos.

A modernização do essencial continua por fazer, agora como há vinte anos, senão mesmo pior do que quando havia hospitais escolares e as Faculdades de Medicina podiam assumir capacidades e responsabilidades concretas no ensino clínico.

Progressivamente, nestas últimas décadas, as instituições de ensino médico têm sido forçadas a “formatar-se” num modelo único de instituição

universitária. Nesta perspectiva, as Faculdades de Medicina, pelo facto de terem alunos e professores, seriam instituições com requisitos e obrigações comparáveis a qualquer outro tipo de Faculdades, por exemplo do domínio das Humanidades, da Ciência, da Tecnologia ou das Artes. Com a progressiva restrição de financiamento para o fomento da ciência, e sendo questionável a operacionalidade da prestação de serviços à comunidade, a tríplice missão de qualquer instituição universitária, incluindo as de Medicina, prevê-se configurada no único denominador comum que garante o funcionamento, ou seja, o ensino segundo o modelo pedagogicamente redutor que lhe foi imposto.

Não havendo resolução dos constrangimentos que impedem a formação eficaz de futuros médicos, não haverá dúvidas sobre a qualidade dos cuidados de saúde que se perspectivam para um futuro muito próximo.

Aquando da explosão entusiástica de candidaturas autárquicas à localização dos (pré-anunciados e apadrinhados) “novos cursos de Medicina”, foi possível verificar o valor em que os respectivos proponentes tinham a formação médica: a existência na autarquia de um hospital e de técnicos que (em cursos politécnicos ou semelhantes) ensinavam disciplinas com designações semelhantes às leccionadas habitualmente nos cursos médicos, seria justificação suficiente para aí se instalar e iniciar imediatamente uma licenciatura em Medicina.

A subsequente evolução daquele interesse pelos cursos de Medicina, a ingenuidade patente dos que ainda acreditam em que para formar novos médicos basta haver hospitais e doutorados em ciências afins, faz prever o pior. Principalmente por haver a ideia subjacente, de que os novos cursos de ensino médico serão, pelo seu projecto *inovador*, determinantes para a modernização das velhas Faculdades, aquelas que vêm lutando com dificuldades indescritíveis e não atendidas. Na realidade, os problemas que afectam as velhas Faculdades também existirão para as que estão a ser criadas. A diferença entre ambas é somente temporal, umas existem e outras ainda não. Neste intervalo resta a esperança na virtualidade, já que a modernização é declaradamente uma questão de semântica.

Os Paradoxos da Melhoria*

1. Recuperação, modernização, inovação e mudança são *palavras* com significado comum. O que não impede, todavia, que esse significado não passe de palavras se a *substância* não se verificar. Poderá suceder ainda que o significado não tenha o mesmo valor para quem as usa. Para uns significa fazer, para outros basta dizer o que é necessário fazer, para terceiros será planejar, para um quarto grupo é pretexto para comentar (antes, durante e depois) e, entre múltiplos outros subgrupos, haverá ainda aqueles para quem uma melhoria nunca é suficiente enquanto não concretizar os *seus* desejos de momento. Como na história da lâmpada de Aladino, mas aí não passa de um conto para crianças.

2. Não é por acaso que o ambiente de trabalho na sociedade moderna, e também cada vez mais na civilização pós-moderna, se tornou um factor determinante da qualidade e da quantidade de produção e actividades realizadas. O ambiente de trabalho desejável tornou-se o alvo de uma indústria crescente, dirigida para aconselhar e propiciar condições, instalações e equipamentos adequados. O tipo de iluminação, a cor das paredes, a ergonomia das cadeiras, o formato das mesas e secretárias, a presença de quadros, plantas e música ambiente são parte de acções concertadas para dar conforto (familiar) aos trabalhadores e aos utilizadores dos serviços. Naturalmente que a humanização dos serviços tende a alargar-se a um sem-número de outros apoios importantes, tais como lavabos, cafetarias, restaurantes, bibliotecas, salas de leitura e salas informatizadas para o estudo e para elaboração de relatórios e trabalhos. Sem esquecer, naturalmente, os cuidados com a manutenção daqueles serviços e a preservação da sua higiene e limpeza.

3. Tem havido uma grande preocupação na Faculdade pela melhoria das condições logísticas em que trabalhamos e onde permanecemos uma parte significativa das nossas vidas. O orçamento da Faculdade tem possibilitado a

* NE – In: Agenda da FML 1999; 106:1-2.

recuperação de instalações que se encontravam em estado avançado de deterioração, e a beneficiação de outras, enquanto o reequipamento parcial ou completo de salas de aulas, auditórios, anfiteatros e unidades estruturais, e, também, a concretização de algumas construções estão a permitir o alargamento da área útil da FML para ensino, investigação e serviços de apoio. Nestes últimos cinco anos a FML recebeu beneficiações que possibilitarão avanços pedagógicos, científicos e tecnológicos, uns no início e outros em desenvolvimento progressivo. Em sessão recentemente promovida pelo Conselho Directivo foi apresentado um vídeo que resumiu em imagem alguns dos aspectos mencionados.

4. Porém, continua a haver muito a fazer, designadamente na consolidação de instalações com características e condições funcionais adequadas à missão institucional. O desenvolvimento da rede multimédia assegurará a comunicabilidade estreita com o exterior e entre as unidades da FML dispersas no edifício partilhado com o Hospital de Santa Maria. Através da Intranet haverá possibilidades de aproximação e colaboração, agora difíceis de assegurar. Deixará de haver motivo de reclamação por uma carta ou documento escrito demorar quatro dias a “subir” quatro andares do edifício, pois que essa mensagem vai aparecer instantaneamente no terminal do destinatário. Do mesmo modo, o acesso às bibliotecas dispensará a deslocação física ao local se os elementos requeridos estiverem em rede. A tendência será para uma melhoria progressiva das condições de vivência e de trabalho na FML, se todos assim o quiserem e colaborarem.

5. A enorme pressão demográfica de utilizadores que frequentam diariamente o edifício comum (entre funcionários, estudantes, médicos, docentes e visitantes), a par com algum “laxismo” renitente em uma parte da sociedade a que pertencemos, dificulta que as melhorias e beneficiações sejam evidentes ou duradouras. Há por isso razões para indignação quando os corredores aparecem sujíssimos pouco depois de serem limpos (não obstante o percurso dispor de caixotes de lixo). Não há desculpa também para os insectos rastejantes que “habitam” permanentemente alguns serviços, ou para as ratazanas que se sabe existem algures. Não há desculpa para os estragos e destruições que ainda perduram nalguns locais, ou reaparecem depois de reparados, criando cenários inaceitáveis para os modelos pedagógicos, científicos, assistenciais e qualificados que se pretendem. Não há fundamento para o relacionamento humano entre alguns utilizadores e funcionários incluir focos de agressividade, intolerância, mesquinhez e ausência de compassividade. Seria natural e justificadíssimo que ocorressem protestos e reclamações sobre os factores negativos referidos, e outros, na generalidade, bem conhecidos de todos os que aqui trabalham (e estão atentos).

6. Curiosamente, a FML estreou-se a receber a sua primeira reclamação, desde que, por via da modernização, passou a ter um livro próprio para o efeito em cada local de atendimento público. A reclamação veio na sequência da modernização que se propiciou na FML aos utilizadores da Biblioteca Central. Esta melhoria consistiu no aumento significativo das fotocopiadoras em serviço, tomando-as acessíveis aos utilizadores através de cartões de pré-pagamento. Houve por isso que adquirir equipamento que imprimisse aqueles cartões. Tendo a Faculdade dois pólos da Biblioteca Central abertos ao público (um no piso térreo e outro no piso 6), optou-se por localizar a máquina dos cartões no primeiro daqueles locais, junto à Tesouraria. A reclamação referida proveio de um utente da Biblioteca, com fundamento na “incomodidade” causada pelo pagamento dos cartões ser feita no piso térreo, estando a fotocopiadora no piso 6.

7. Assim a reclamação não incidiu sobre nada do, que pelo seu estado de deterioração, obsolescência ou sujidade requer soluções imediatas. Foi o incómodo de um trajecto em elevador que justificou a reclamação. Afinal, parece que o resto está bem.

Um Tijolo em Cada Dia*

1. As instituições universitárias vêm assumindo uma participação crescente na prestação de serviços à comunidade e no desenvolvimento socio-económico em todos os países. O conhecimento deixou de ser um bem estéril e reservado para prazer intelectual de alguns, para ser progressivamente entendido como a principal riqueza dos povos e um determinante indissociável do respectivo potencial de desenvolvimento. O Professor DN Chorafas, um experiente homem de negócios a nível mundial, não teve dúvidas em afirmar em 1968 (no seu livro “The Knowledge Revolution”) que a mais importante fonte de capital da economia moderna não é o dinheiro, as matérias-primas ou o equipamento, mas a inteligência. O futuro tecnológico e cultural de uma nação depende do modo como desenvolve, utiliza e mantém o talento dos homens. A evolução verificada nos últimos trinta anos não só veio confirmar aquela perspectiva como, adicionalmente, sublinha que o progresso passou a estar baseado na ciência e no potencial intelectual.

1. Por via daquela evidência, e também pelo interesse manifesto dos cidadãos, assiste-se a uma crescente multiplicação de acções de formação de complexidade variável, a par com uma proliferação inusitada de escolas e universidades, na generalidade de capital privado. O ensino transformou-se numa indústria, sendo actualmente uma das mais atractivas áreas de investimento da sociedade civil, e uma florescente fonte de rendimento financeiro. Na sua origem encontra-se uma acelerada modificação da estrutura social, em que predominam as áreas de serviço à custa de uma cada vez mais minuada proporção de indústrias produtoras e, menos ainda, no sector agrícola. Na sociedade actual assiste-se à substituição progressiva das forças tradicionais por novos centros de poder, que se assumem como vectores do universo tecnológico, designadamente representados pela informática, pela comunica-

* NE – In: Agenda da FML 1999; 107:1-3.

ção e pela comutação. Por via destas transformações sobrevieram modificações profundas do regime geral dos valores e medidas, com repercussões no conceito e na prática do contrato social e do trabalho.

3. Com a revolução tecnológica algumas utopias tornaram-se realidades embora à custa da instalação de novas contradições. Em todas as sociedades ocorre uma alteração profunda do espaço e do tempo, que tende para a sua compreensão e segmentação progressivas. Léo Scheer, que foi o criador do “Canal +”, da televisão Francesa, e é actualmente o director do Observatoire de la Télévision, não hesita em afirmar (em “La Democratie Virtuelle”, 1997) que a saída da sociedade histórica realiza-se através da abolição do tempo social e de uma modificação radical da topografia do poder. Na realidade, na sociedade dita pós-moderna caminha-se para a instantaneidade, pela qual se justifica, por exemplo, a possibilidade de criar riqueza sem antes criar emprego ou ainda que, em segundos, tanto seja possível abalar a economia e a estabilidade política de um país como aceder, natural ou fraudulentamente, a todo e qualquer programa ou base de dados das mais diversas instituições civis ou militares. Nesta evolução, foi com naturalidade que o audiovisual adquiriu o estatuto de uma nova (e indispensável) linguagem, e se assistiu ao nascimento e expansão de uma sociedade virtual, transnacional e transcultural à escala planetária, como é a Internet.

4. A par com a “compressão da escala espaço-tempo” há a salientar as consequências induzida pelas transformações constantes de perspectiva nos mais diversos sujeitos. Por exemplo, no âmbito das tecnologias de informação e da comunicação, por si caracterizadas por grande instabilidade e turbulência, verifica-se que o utilizador interage cada vez menos com o sistema, à medida que este adquire capacidades interactivas mais sofisticadas entre os modelos multimédia. É de prever que a situação tenda a evoluir ao ponto de o equipamento se substituir à interactividade humana, cabendo ao utilizador somente iniciar ou terminar a acção, eventualmente.

5. Informação não é conhecimento, assim como interacção não significa necessariamente compreensão. Talvez que a principal crítica que se faça à Internet resida no excesso da informação que disponibiliza ao utilizador, sem contudo garantir nem proteger a sua qualidade. A informação transforma-se em conhecimento quando é memorizada, compreendida e, preferencialmente, vem a ser aplicada em problemas ou situações concretas. Há conhecimento quando há reflexão, e para que esta exista é indispensável haver um espaço e um tempo próprios. Por isso, cada vez mais é necessário preservar a capacidade de conservar o pensamento, perante as consequências a que a compressão do espaço e do tempo pelas novas tecnologias tendem a provo-

car no comportamento individual. Sem negar as vantagens das redes electrónicas, novos pilares da sociedade virtual, é indispensável compreender (e compensar) também as desvantagens potenciais que originam.

6. Vem a propósito recordar que a informática está a ser uma peça fundamental na formação dos futuros médicos, pela Faculdade de Medicina de Lisboa. A informática “entrou” no novo programa curricular como disciplina optativa, com evidente aceitação por parte dos alunos. Igualmente têm sido promovidas sucessivas acções de formação e actualização dos funcionários não docentes, prevendo-se para breve o início de cursos também para os docentes que o queiram. Sensivelmente ao mesmo tempo foram adquiridos programas de estudo em CD-ROM em diversos domínios do currículo médico. Alguns desses programas permitem uma efectiva interacção do aluno com doentes imagináveis, que simulam bastante bem a anamnese e a observação e possibilitam a elaboração de diagnósticos através dos elementos colhidos e dos resultados de exames complementares disponibilizados. Entretanto, com a recente criação da Unidade de Telemedicina, individualizada a partir do Gabinete de Meios Audiovisuais, abre-se um novo campo de ensino-aprendizagem clínica na FML. Ao primeiro curso introdutório no ano transacto, incluído na disciplina de Introdução à Medicina, sucederá em breve o 1º Curso Livre de Telemedicina, projectando-se para um futuro próximo a preparação e prática de teleconsultas. Em conjunto, estas actividades confirmam a importância que as novas tecnologias da informação e comunicação estão a ter na formação médica pré-graduada. Todavia, aprender Medicina é muito mais do que trabalhar com doentes simulados ou comunicar à distância através de um ecrã. No seu sentido original, ecrã significa “o que impede de ver”. Através de um ecrã não se vêem, de facto os doentes, talvez só o rosto ou um mero registo electrocardiográfico, radiológico ou outro. É pois fundamental ver, falar, tocar no doente para que o acto médico seja aprendido pelos alunos de Medicina.

7. Tão importante ou mais do que contactar com o doente no hospital ou no centro de saúde é conhecer a realidade da sua vivência, conhecer os seus costumes e crenças e o meio ambiente. Os alunos de Medicina, a par com a aprendizagem da ciência e da técnica da profissão, têm de aprender a (sua) Arte, e esta começa pela compreensão do homem e da sua inserção social. As vantagens são evidentes, particularmente se aquela atitude for cultivada desde o princípio do curso de Medicina. É esse um dos objectivos da nova disciplina de opção de Antropologia Médica. Os resultados conseguidos na acção de campo realizada muito recentemente no Concelho de Alcácer do Sal demonstram que é esse o caminho. O entusiasmo suscitado nos alunos que compõem o curso pelo contacto que lhes foi propiciado com uma reali-

dade que desconheciam, a colaboração empenhada e vivida pelos clínicos gerais que se disponibilizaram a tutelar os alunos e a partilhar vivências da respectiva actividade local, congregaram um momento alto a repetir com frequência. Deste modo cumpriu-se um exercício universitário de participação na comunidade, projectou-se uma realidade concreta junto dos estudantes que nele intervieram e reforçou-se a sua motivação individual, dando azo a que o potencial intelectual se manifestasse em toda a pujança em cada aluno. Assim se constrói o futuro médico como uma casa, com um tijolo em cada dia no lugar certo. Essencialmente com cultura humanística, perante a Vida e o Conhecimento.

Estruturação do Sistema de Apoio aos Estudos de Pré-Graduação*

Preâmbulo

O desenvolvimento do novo programa curricular na Faculdade de Medicina de Lisboa (FML) veio criar dificuldades e exigências de diversa natureza, naturais e previsíveis em qualquer processo de mudança¹. É admissível que essas dificuldades e exigências aumentem e tendam a prolongar-se no tempo, proporcionalmente às modificações entretanto verificadas.

Entre outros aspectos, o novo programa curricular baseia-se em objectivos gerais e estratégicos orientados para um perfil de clínico pluripotencial a ser formado num período de seis anos, dos quais o 6º (e último ano) é de estágio clínico. Neste último ano o estagiário deverá adquirir conhecimentos e competências actualmente circunscritos ao período de internato geral. Embora o internato geral esteja previsto para os alunos que concluem o estágio do novo programa curricular em 2000/2001², existe consenso para a sua extinção logo que o nível qualitativo dos recém-licenciados seja considerado equivalente ao do actual internato geral. Em futuro próximo prevê-se que os médicos recém-formados obtenham imediata acreditação clínica, podendo ingressar directamente no internato da especialidade onde queiram ou tenham vaga. Nessa data estarão finalmente concretizados os fundamentos e finalidades do plano de revisão curricular definido em 1993 e 1994 pela Comissão Interministerial da Revisão do Ensino Médico³ e pelo Grupo de Trabalho que se lhe seguiu⁴, cujo relatório final foi aprovado por despacho conjunto dos Ministros da Educação e da Saúde⁵.

* A – In: Revista da FML 2000; Série III, 5 (1): 7-12.

¹ Deliberações nº 25/95, nº 17/97 e nº 352/99 da Reitoria da Universidade de Lisboa, respectivamente em 25 de Outubro, 28 de Abril e 18 de Junho.

² Relatório da Comissão Permanente da Reforma do Ensino Médico, criada por despacho de 5 de Julho de 1994 do Ministro da Saúde.

³ Despacho conjunto 26/AE/89 e 82/ME/89, respectivamente de 18 de Março e 22 de Maio.

⁴ Despacho conjunto de 20 de Maio de 1993.

⁵ Despacho conjunto 44/ME/MS/94 de 21 de Julho.

Tendo presente aqueles objectivos, e perspectivando-se que os médicos recém-licenciados vêm a dispor de preparação para uma permanente actualização de conhecimentos e competências durante toda a sua vida clínica, torna-se essencial dotar o modelo do ensino-aprendizagem de um conjunto de instrumentos, metodologias e recursos adequados. Adicionalmente, haverá que enquadrar aquele modelo num sistema de gestão pedagógico-científica com flexibilidade funcional e capacidades para acompanhamento e avaliação dos objectivos (parcelares e globais) pré-definidos.

O principal desafio que se coloca à implantação do novo modelo curricular advém dos múltiplos constrangimentos e influências exteriores (na maioria de ordem administrativa e, ultimamente também, de concepção política), que há dezenas de anos vêm afectando a formação médica pré-graduada. Grande parte desses constrangimentos, qualitativos e quantitativos, reflectem-se na gestão dos recursos humanos, financeiros e logísticos das instituições de ensino médico e, igualmente também, das unidades prestadoras de cuidados de saúde onde decorre a formação clínica.

Assim como não existe boa assistência médica onde não há médicos competentes, também o novo plano curricular (ou qualquer outro plano de formação médica) não terá êxito se não houver docentes competentes, empenhados, entusiastas e devidamente preparados para a mudança pretendida. Igualmente o pessoal não docente, pela influência relevante que exerce nas condições em que decorre o ensino médico, requer atenção especial, quer em termos de selecção para as funções a que ficam adstritos quer de actualização administrativa e técnica. No seu conjunto, ambos os grupos profissionais são determinantes para o ambiente (cultural, humanista, científico e técnico) em que decorre a formação médica e para o nível de conhecimentos, competências e consciência profissional que o aluno virá a adquirir. Os alunos aprendem por ensino formal e, também, pelo que observam através de exemplos (positivos e negativos) de profissionalismo e humanidade dos seus mentores directos e do restante pessoal das unidades onde decorre a aprendizagem e a vivência clínica.

A educação médica é um processo complexo a requerer atenção particular nos seus múltiplos pormenores, habitualmente não acautelados ou, mesmo, inviabilizados por incapacidades (institucionais, ou individuais) da mais diversa natureza. A reformulação do sistema de apoio e de enquadramento do novo plano curricular surge, assim, como uma medida indispensável que, apesar de não solucionar problemas de fundo dependentes da gestão pública (em que se inclui o ensino universitário), poderá e deverá contribuir para o desenvolvimento harmonioso de um modelo inovador de ensino-aprendizagem, flexível e aberto a modificações pontuais e a responsabilidades partilhadas entre docentes, alunos e órgãos de gestão.

Fundamentos para a reformulação do enquadramento pedagógico

Até ao início do novo plano curricular, em 1995/96, o curso de licenciatura em Medicina baseava-se em disciplinas distribuídas ao longo dos seis anos de curso. O ensino em cada disciplina era virtualmente autónomo, baseado em programas definidos pelo respectivo professor regente. Na generalidade dos casos não havia coordenação específica entre as disciplinas do curso, do que resultava a frequente ocorrência de repetições de conteúdos e práticas. A avaliação final era igualmente por disciplinas. O Conselho Pedagógico limitava-se a gerir situações de conflito pontual, datas de exames e de férias, recebendo (eventualmente) informações sobre os programas que estavam a ser leccionados em cada uma das disciplinas.

A convergência progressiva dos programas e conteúdos das disciplinas em grandes áreas temáticas estimulou (no novo programa curricular) a tendência para a integração de conhecimentos nucleares, a par com uma substancial redução do número de avaliações finais em cada ano. No ciclo básico procurou-se, essencialmente, definir sequências e a coordenação de programas entre as disciplinas do mesmo subgrupo leccionadas nos dois primeiros anos. Foi também ensaiada no 1.º ano a coordenação entre duas disciplinas distintas, e a coordenação de uma nova área de ensino multitemático. O ciclo pré-clínico tem sido um problema complexo. Na primeira fase, actualmente em curso, houve que preparar a transição para o ensino clínico, redimensionando duas áreas de ensino coordenado no 2º semestre e mantendo como disciplinas independentes, no 1º semestre, os componentes integrados numa daquelas novas áreas do 2º semestre.

O desenvolvimento do novo ciclo clínico veio agudizar as dificuldades funcionais sentidas nas unidades em que tem decorrido o seu ensino. Grandes partes dos clínicos, além de serem responsáveis por uma tremenda carga assistencial nessas unidades são, simultaneamente também, docentes de quem se espera o melhor apoio pedagógico na formação de futuros médicos.

Acresce à sobrecarga de trabalho pedagógico e assistencial dos docentes clínicos a virtual ausência de um estatuto valorizador das actividades docentes e de investigação, em unidades que deveriam ser centros de excelência e de inovação e, por isso, modelos para a formação e actividades médicas.

Embora os resultados da renovação curricular não sejam ainda concludentes e haja natural instabilidade no novo modelo (gerador de preocupações e insegurança em docentes e alunos), são patentes as modificações positivas que tendem a consolidar-se entre os intervenientes no processo. Fundamentalmente, a Escola reforçou a preocupação com a qualidade da formação médica, com a qualidade da ciência que produz e com a qualidade de funcionamento e prestação clínica do hospital nuclear onde decorre a formação

clínica, detectando nesses domínios carências e dificuldades a requererem solução urgente⁶.

A organização do programa de estágio clínico – em que se prevê a distribuição dos alunos por “postos” a definir em múltiplos serviços clínicos, a rotação programada de estagiários entre os diferentes âmbitos de formação, a definição dos objectivos (globais e específicos) da formação em cada domínio, a coordenação estruturada do estágio clínico (que se requer idêntica para todos os serviços clínicos da mesma área), a validação parcelar e final dos estágios individuais, entre outros pormenores – veio acentuar a necessidade de se criar um gabinete administrativo para apoio curricular. Acrescem a este requisito as múltiplas variáveis que dependem e/ou influenciam o plano de estudos da pré-graduação, as quais também justificam uma coordenação própria, com atribuições decisórias na estrutura e na dinâmica de cada um dos anos de curso e do seu todo, dando cumprimento e promovendo a concretização dos programas definidos e aprovados institucionalmente, assegurando ainda o acompanhamento e a avaliação do respectivo desenvolvimento.

Direcção de estudos da pré-graduação

Nesse sentido, justifica-se plenamente que o órgão de gestão pedagógica fosse redimensionado à medida da complexidade das funções que lhe cumpre exercer com eficácia, polarizando ainda uma dinâmica de responsabilidades por cada um dos intervenientes no processo de ensino-aprendizagem. A par com o Conselho Pedagógico, com constituição e competências previstas no Estatuto da FML, afigura-se inadiável dotar o sistema de um conjunto de estruturas e mecanismos específicos, inovadores ou reformulados.

Com a aprovação dos órgãos de gestão da Faculdade⁷, foi activado um sistema de apoio aos estudos de pré-graduação que suscita naturais expectativas. Resumidamente (Fig. 1) esse sistema fundamenta-se na definição de uma direcção de estudos da pré-graduação presidida, por inerência, pelo presidente do Conselho Pedagógico. Além do Conselho Pedagógico (com composição e competências inalteradas, definidas estatutariamente), são parte daquele sistema três comissões permanentes (Comissão de Acompanhamento Curricular, Comissão Coordenadora Pedagógica e Conselhos de Ano) e um gabinete de apoio administrativo específico (Gabinete de Gestão Curricular).

⁶ “A Revisão Curricular na Faculdade de Medicina de Lisboa de 1992-1999”, Série Estudos e Documentos da FML, Vol.1, 1999.

⁷ Despacho do Director da Faculdade de Medicina de Lisboa, em 26 de Janeiro de 2000, com pareceres prévios do Conselho Científico em 11 de Janeiro, e do Conselho Directivo em 25 de Janeiro.

A Comissão de Acompanhamento Curricular (CAC) existe em actividade desde 1995, apoiando directamente a Comissão de Revisão Curricular (CRC). Com o alargamento do novo plano de estudos a quase todo o curso de licenciatura em Medicina, e de acordo com a perspectiva funcional agora concebida, a CAC adquire particular utilidade no acompanhamento do programa curricular recém-implantado no curso.

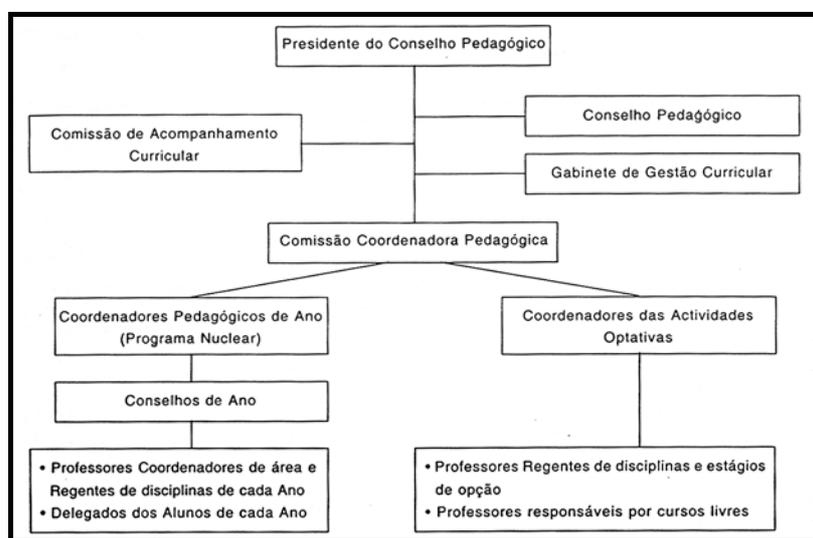


Figura 1 – Estrutura e articulação do sistema de apoio pedagógico do programa curricular

Por seu lado, o Gabinete de Gestão Curricular (GGC) representa o suporte essencial do sistema de desenvolvimento do novo plano curricular, conferindo-lhe apoio (administrativo e operacional) nas suas diversas fases e mecanismos e, simultaneamente, acumulando a incumbência de coligir informações emanadas da CRC. Por via daquelas funções, o GGC assegurará a organização de um “banco de dados” em que se inclua toda a documentação pertinente sobre o currículo decorrente e inovações em estudo. Nesse conjunto de dados constam os recursos humanos a atribuir às diversas acções lectivas, a identificação dos objectivos pedagógicos gerais e específicos de cada unidade e ano de curso, conteúdos programáticos, coordenações, datas de avaliação, gestão de espaços e períodos de ensino-aprendizagem, entre outros aspectos essenciais.

No conjunto pretende-se que o GGC assegure a funcionalidade harmoniosa do modelo de formação pretendida e de todos os componentes nele envolvidos.

A reformulação do estatuto de professor coordenador (pedagógico) de cada ano⁸ é essencial para a funcionalidade das diversas fases do curso. O professor coordenador do ano passa a ser eleito (deixando de ser designado pelo Conselho Pedagógico, como sucedia desde 1997/98) entre todos os professores coordenadores ou regentes, respectivamente, das áreas ou disciplinas de cada ano do curso, os quais, em conjunto com os delegados dos alunos, constituem o Conselho de Ano. Quando necessário, também os coordenadores das actividades optativas participam nas reuniões do Conselho de Ano. Cumpre ao coordenador de ano zelar pelo cumprimento do programa curricular pré-estabelecido para o respectivo ano de curso e, em conjunto com os restantes membros do Conselho de Ano, resolver as situações emergentes de acordo com as normas vigentes.

Por fim, os coordenadores de ano e os coordenadores das actividades optativas constituem a Comissão Coordenadora Pedagógica, a presidir pelo presidente do Conselho Pedagógico. Cabe aquela comissão permanente a apreciação conjunta do desenvolvimento do plano curricular, a procura de soluções pontuais para aspectos específicos que venham a ocorrer, o ajustamento de conteúdos, a modernização de metodologias de ensino-aprendizagem, a definição de calendários e de processos de avaliação adequados aos objectivos e métodos de ensino-aprendizagem, e a elaboração de propostas a apresentar superiormente.

Comentários finais

O desenvolvimento do novo plano curricular é um processo complexo que envolve novos conceitos, estratégias apropriadas e recursos definidos. Como todos os processos de mudança, as modificações do programa de estudo da pré-graduação têm envolvido polémicas, resistências, indecisões, dificuldades diversas mas, felizmente também, bastante entusiasmo.

O patamar atingido em 1999/2000 abrange já o 5^o ano do curso de licenciatura, enquanto se ultima a preparação do ano de estágio, a começar em 2000-2001.

A elaboração do programa de estágio veio acentuar significativamente as dificuldades sentidas durante a organização e o progressivo desenvolvimento do novo plano curricular no ciclo clínico. Na ausência de indispensável enquadramento global deste programa através da formalização legislativa dos consensos alcançados a nível nacional em 1998⁹, antevêem-se inevitá-

⁸ Incumbência criada pela 1^a vez no ano lectivo de 1987/88, na sequência do “Seminário de Educação Médica da FML”, realizado de 22 a 24 de Maio de 1987 em Sesimbra.

⁹ Relatório da Comissão de Educação Médica, em Julho de 1998 (no âmbito do despacho conjunto nº 130/98, D. República nº 47, de 25 de Fevereiro de 1998).

veis conflitos na sua articulação com o Internato Geral, previsto para 2002. Na origem desta descoordenação subsiste um estado de prolongadas omissões e desacertos, afinal fruto do continuado e profundo desconhecimento, ou incompreensão, do que é o ensino da Medicina, por quem, “no exterior”, tem a responsabilidade pelas decisões que condicionam quer a formação quer também a sua prática clínica.

Aquela situação, a par com as reconhecidas dificuldades funcionais vivenciadas nos hospitais e em outras unidades prestadoras de cuidados de saúde onde decorre a formação clínica dos estudantes de Medicina, não podem nem devem servir de justificação para que se interrompa o plano de modernização da formação médica pré-graduada.

Na realidade, pela capacidade e responsabilidades conferidas na Lei de Autonomia da Universidade¹⁰, cumpre à FML, como unidade orgânica da Universidade de Lisboa, pugnar pelos seus direitos e pôr em prática o que entender mais adequado para o cumprimento da sua missão.

A responsabilidade principal das Faculdades de Medicina é a de formar médicos com perfil e competências profissionais pré-definidas para intervenção imediata e, sobretudo, com capacidades para se diferenciarem profissionalmente, consoante as motivações individuais e as possibilidades definidas e aprovadas em 1993 e 1994 para o novo programa curricular^{3,4}. Pretende-se que o futuro médico a licenciar pela FML a partir do ano 2001 tenha formação pluripotencial, culminada no ano terminal de estágio clínico.

A adiada extinção do Internato Geral por tempo indeterminado, na sequência de um parecer prévio emanado do Ministério da Saúde (e a oposição manifestada também pela Ordem dos Médicos, enquanto o novo plano curricular não previu a manutenção temporária de um Internato com duração mais reduzida¹¹, não foi acompanhada por medidas que formalizassem os apoios suplementares previstos e aprovados para o ano de estágio. Igualmente não foi (ainda) acautelada a articulação (administrativa, funcional e formativa) do novo plano curricular com a fase inicial da pós-graduação clínica. Esta ausência de decisão legislativa originou e continua a causar óbvias e acrescidas dificuldades aos anos finais do ciclo clínico na FML.

Independentemente daqueles e de outros problemas que ultrapassam as capacidades institucionais, o desenvolvimento do ciclo clínico e, muito em particular, a preparação do ano de estágio avivou a impreparação do actual sistema administrativo para enfrentar a multiplicidade de situações que decorrem na fase mais decisiva de um curso profissionalizante. A par de

¹⁰ Lei nº 108/88, de 24 de Setembro.

¹¹ Deliberação favorável do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos ao projecto de decreto-lei elaborado pela Comissão de Educação Médica (31 de Março de 1998).

problemas pedagógicos comuns, as questões de natureza logística e conceptual adquiriram renovada pertinência. Ao delinear-se um novo sistema de suporte da formação pré-graduada mais não se pretende do que melhorar a articulação entre os diversos módulos de acção e entre cada um dos intervenientes directos nos estudos da pré-graduação médica.

A formação pré-graduada, sendo a principal missão da Faculdade de Medicina de Lisboa, representa uma responsabilidade que nenhum dos seus membros pode e deve enjeitar ou secundarizar. A definição de uma direcção de estudos de pré-graduação médica contribuirá decisivamente para a eficácia funcional e para a qualidade da formação, garantindo também o exercício da responsabilidade partilhada e da representatividade democrática no desenvolvimento do modelo pedagógico que a FML, em devido tempo, aprovou.

Preparar o Futuro da Medicina de Sempre*

Ilustres convidados, Senhores Professores, Senhores Alunos, Senhores Funcionários, Senhoras e Senhores,

É com renovada satisfação que uso da palavra nesta Sessão Inaugural do Ano Académico, que comemora também o 89^o aniversário da criação da Faculdade de Medicina como unidade orgânica da Universidade de Lisboa, e as suas primeiras origens na Real Escola de Cirurgia de Lisboa, faz agora 175 anos.

Perante tão vasta quanto representativa audiência, este ano como em anos anteriores constituída por uma emocionante mescla de antigos e actuais docentes, alunos e demais colaboradores da Faculdade que partilham recordações comuns, uns que foram professores de muitos sentados a seu lado na plateia ou deste lado da mesa, uns e outros juntos no aplauso quente aos colegas que comemoram os 50 anos de formatura, aos que há 25 anos prestam leais e bons serviços a esta Casa, aos que alcançaram graduação académica, aos que, por mérito, são distinguidos com prémios alusivos, aos que, como jovens alunos, ano após ano escolhem a nossa Faculdade para *Alma Mater* de um longo percurso, que os conduzirá ao infinito das possibilidades do sonho que os motivou.

No enquadramento de uma tradição solenizada por quase dois séculos de historial, em que a FML se notabilizou pelos milhares de médicos e cientistas que formou e a ela estiveram associados desde então, neste plano de qualidade superior que se confirma e sacraliza na evocação das origens, na celebração dos feitos e no entusiástico acolhimento dos *noviços* que contribuirão, mais tarde, para a continuidade da Faculdade e da Medicina, ocorreu-me ao espírito a estrofe em que o Poeta afirma ser “*ditosa a Pátria que tais filhos tem*”, naturalmente para recordar, pela analogia dos factos, que também a Faculdade de Medicina de Lisboa o é.

Embora se reconheça que os problemas de amanhã não podem ser resolvidos pela lógica de hoje nem pelas normas do passado, é transparente

* D – In: Revista da FML 2001; Série III, 6 (3): 147-150.

que o passado continua a ajudar a compreender o presente e ainda a prever o futuro. Por isso é fundamental sentirmos o pulsar da Faculdade, no âmago da tradição revivida anualmente, no coração e na presença dos seus membros, na projecção do que se fez e do que se pretende realizar. Por tudo isso é enorme a minha satisfação em estar convosco hoje, novamente.

No Ano Académico agora iniciado, a Faculdade terá por objectivo fundamental o cumprimento da missão pública instituída e as metas programáticas entretanto perspectivadas pelos seus órgãos de gestão. Deste conjunto são preocupações *major* da Faculdade para o novo ano lectivo, a requerer particular atenção e muito esforço institucional, a activação do novo 6^o ano do curso da licenciatura, a preparação da proposta final para contrato-programa e a concepção do modelo funcional do novo edifício em que vai ser reinstalada a maioria das unidades básicas da FML.

O estágio clínico que constitui o 6^o ano do novo programa curricular está programado para começar, pela primeira vez, de hoje a quatro dias. Aquele estágio, preparado para ser profissionalizante, representa o culminar de um longo trajecto iniciado pela FML em 1995/96, na senda das recomendações da Comissão Interministerial para a Revisão do Ensino Médico (CIREM) e das normativas estabelecidas pelo Grupo de Trabalho que se lhe seguiu. Muito do trabalho elaborado pela CIREM e pelo Grupo de Trabalho tiveram raízes no labor esclarecido de prestigiados membros das escolas médicas nacionais os quais, “contra ventos e marés” se arrojjaram a propor a criação de um 6^o ano orientado e programado, com características profissionalizantes adequadas a uma prevista substituição do Internato Geral.

Ao Senhor Professor Torres Pereira, Presidente Honorário do Encontro e que, na qualidade de anterior Director da FML, a representou naquela Comissão e no Grupo de Trabalho, muito se deve dos resultados alcançados e aprovados ministerialmente, na definição dos alicerces e eixos orientadores no novo plano curricular. Por isso é com a maior satisfação e particular honra que aproveito o ensejo para cumprimentar o Professor Torres Pereira pelo muito e valioso conjunto de conceitos orientadores gerados enquanto coordenador da CIREM, assim como pelo indómito esforço que dedicou ao seu enraizamento na nossa Faculdade.

A presença do Senhor Professor Torres Pereira tem por isso um duplo simbolismo, na homenagem que a Faculdade lhe quer dedicar, primeiro como seu muito ilustre e anterior Professor e Director e, em segundo lugar, por estar na origem de um projecto nacional em que agora se assiste ao lançamento do seu ano final.

Desde 1995, ano após ano, a Faculdade habituou-se a participar activamente na modificação do plano curricular, seguindo uma estratégia pré-definida, em parte inspirada em conceitos pedagógicos inovadores e, no restante, numa mistura de senso-comum e pragmatismo. E, assim, passo a

passo, com muito cuidado e ponderação, foram ultrapassadas irredutibilidades anunciadas e “*adamastores*” tradicionais. Pouco a pouco, onde havia areia e muros altos brotaram jardins verdejantes favoráveis à troca de ideias e ao entendimento funcional. Progressivamente, criaram-se estruturas funcionais para a articulação administrativa, para a coordenação pedagógica do curso e de cada ano, assim co-responsabilizando docentes e alunos, pelo desenvolvimento do programa e pelos resultados do ensino-aprendizagem. Por via desta convergência, foi possível estruturar e consolidar esta primeira fase da renovação curricular, ao mesmo tempo que foram evidenciadas algumas excrescências e outras obsolescências a serem resolvidas gradualmente.

Todavia, há que não considerar este novo programa curricular, ou qualquer outro plano de curso, no estatismo da sua definição formal. Nenhum programa curricular pode e deve ser entendido como obra acabada, mas somente como programação adequada às circunstâncias coexistentes e às metas pré-determinadas para um determinado futuro.

Por não haver certezas sobre o futuro, ou melhor, sendo o futuro com alguma garantia de concretização o que está cada vez mais próximo do momento actual, é sempre muito contingente e incerto fazer convergir objectivos e programas para períodos iguais ou superiores a uma década. Nesta ordem de realidades actuais, criadas pela “aceleração” do tempo e pela transmutação imprevisivelmente rápida dos factos, poder-se-á conjecturar, como hipótese limite, que as modificações introduzidas, no programa curricular ou outras que tivessem sido, deixarão de se ajustar mais e mais cedo, à realidade e exigências do período em que se prevê que os actuais alunos e futuros médicos vão actuar.

Em alternativa, prevendo aquelas alterações conjunturais e factuais, haverá que privilegiar programas concebidos como projectos educacionais, dando preferência ao desenvolvimento do potencial e das aptidões individuais, conferindo preparação para a aquisição constante de novos conhecimentos e de novas capacidades.

Na realidade, para que as reformas curriculares não se sucedam sem que daí resultem modificações relevantes nem insatisfação permanente, há que dotá-las de um *fermento* activo (em que se misturem a aprendizagem motivadora, o desassossego da inovação e a procura da excelência) que robusteça qualidades humanas intrínsecas, assegure estruturas e orientadores modelares e, por fim, vise um sentido educacional coerente para determinado projecto de actuação profissional previsível, ainda que sem perda dos seus valores próprios, milenares.

É habitual afirmar-se que as instituições com objectivos educacionais existem para mudar a sociedade e os indivíduos. Em minha opinião, a possibilidade de concretização daqueles objectivos depende do significado atri-

buído à palavra “mudar”. Se considerarmos que mudar um indivíduo é criarlhe hábitos, visão, sentido crítico e de responsabilidade, a mudança será decerto uma tarefa ciclópica, talvez votada ao insucesso, excepto se o indivíduo tiver pelo menos uma parcela das qualidades pretendidas. No fundo, e no que se refere às capacidades e aptidões dos que se candidatam a médicos, parece que o importante não é tanto o que se sabe mas o que se é como pessoa, como qualidade humana intrínseca. De outro modo, a pretensão de “mudar” um jovem adulto, como são os estudantes de Medicina, pouco mais será que uma pretensão frustrada.

Note-se que, pelo menos nas últimas duas décadas, os critérios preferenciais do ingresso em Medicina valorizam exactamente o contrário, ou seja, o mais importante é o que se sabe e não se revela o que se é.

Quando Isaac Newton postulou o princípio de que “*toda a acção desencadeia uma reacção*” estava muito longe de adivinhar que, quase quatro séculos depois, ele se aplicaria igualmente às mudanças curriculares, as quais são efectivas e incontroláveis fontes de resistência. Mais importante do que os decretos, discursos, circulares e directivas emanadas para uma determinada alteração considerada indispensável, são as intervenções práticas, o *etos*, a personalidade, os interesses e também os conceitos em presença. Portanto, para que uma mudança venha a ter probabilidades de acontecer, Edgar Morin propõe uma “*reforma do pensamento*” (dos intervenientes e das instituições) em que o discurso e a prática convirjam (alicerçados numa estratégia em que todo o grupo se reveja) de modo gradual e consistente para um desígnio, e cujas perspectivas ultrapassem necessariamente a geração que as delineou.

Preparar o futuro em Medicina significa estabelecer metas prováveis de desenvolvimento científico e tecnológico, com base numa avaliação prospectiva pelos indicadores disponíveis. Na sequência há que preparar metodologias, listar recursos, definir critérios de qualidade, assegurar a sua avaliação e preservação, não esquecendo naturalmente o que deveria ser o mais importante: quem e como seleccionar entre os numerosos candidatos, os que reúnem melhores qualidades e potencial para serem os médicos do futuro.

É bem conhecida de todos a polémica que, há muito, perverte o ingresso dos novos alunos em Medicina, deixando às portas da Faculdade uma “legião” de candidatos frustrados. Como se disse, os critérios em vigor condicionam, por razões de transparência social, unicamente indicadores quantificados. Obviamente, enquanto a sociedade não estiver preparada para aceitar que a escolha dos futuros médicos passa por critérios não quantificáveis, que detectem candidatos (também) possuidores de potencial cultural e qualidades humanas consideradas essenciais para o exercício da medicina clínica, a situação continuará a não satisfazer nenhuma das partes. Há motivos para temer que uma fracção importante dos alunos que estão a ingressar nos cur-

tos de Medicina com elevadíssimas classificações não possui vocação clínica efectiva. A confirmar-se na prática, aquela preocupante tendência não será passível de modificações pelo programa curricular mais inovador nem pelas melhores condições de trabalho que venham a ser disponibilizadas. Pelo contrário, resultará em desgastante perda de recursos humanos, eventualmente mais úteis em outros campos profissionais, além de constituir uma causa possível de actuação profissional a prolongar-se por dezenas de anos nas mais diferentes e diferenciadas áreas da especialização.

A Faculdade de Medicina de Lisboa preparou o novo programa curricular segundo recomendações que perspectivam um determinado perfil de actuação médica, a desenvolver-se em condições ideais, quer de pessoas quer de meios de actuação. Baseou-se no pressuposto de que o futuro médico a ser formado por aquele programa seria também um candidato ideal, a seleccionar por critérios racionais em que a Faculdade teria também a sua quota de responsabilidade. Porém, seis anos depois da sua avaliação, quando a Faculdade se prepara para inaugurar com solenidade o estágio clínico previsto como último ano do curso daquele novo programa curricular, há plena consciência de que nenhum daqueles propósitos foi assegurado. Ou seja, o discurso e a prática dos poderes políticos que aprovam e garantem o adequado desenvolvimento dos projectos continuam a não coincidir. Cristalizou-se ainda a ideia, entre os responsáveis por esta e pelas outras instituições de ensino médico, de que os seus problemas da formação pré-graduada não são entendidos, na sua matriz natural, pelos sucessivos governantes que têm ocupado os Ministérios da Educação e da Saúde. As Faculdades de Medicina nacionais não só perderam capacidades directivas indispensáveis nas unidades em que decorre a formação clínica da pré-graduação – anteriormente protegida (e bem) pelo estatuto do Hospital Escolar – como ainda aguardam as medidas de suporte adicional asseguradas para o novo programa curricular.

As consequências geradas com indecisões, incumprimentos e equívocos são já evidentes e continuarão a acentuar-se. De momento, e ao contrário do que a boa lógica aconselharia, os alunos que vão iniciar o estágio clínico (inovador e cuidadosamente preparado por esta Faculdade para decorrer em sete unidades hospitalares e mais de três dezenas de centros de saúde das regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), desconhecem o que será o futuro Internato Geral. É no mínimo inadmissível que, depois de dois anteriores Ministros da Saúde se terem manifestado nesta Aula Magna favoráveis ao encurtamento do período do Internato Geral para cerca de doze meses (para depois ser extinto ao fim de dois a três anos e substituído pelo novo 6º ano do estágio clínico), ainda não haver nenhuma decisão programada, definitiva, mas tão só sugestões avulsas de protagonistas de última hora, uns ignorantes dos problemas outros potenciando interesses sectoriais e no conjunto, todos indesejáveis para uma solução estratégica que cuide

essencialmente de interesses nacionais, e dos alunos e médicos neles envolvidos.

Por este conjunto de razões, a Faculdade de Medicina de Lisboa habituou-se a cultivar a dúvida. É certo que a dúvida poderá ser o começo da sabedoria. Talvez seja sabedoria intuir o que é contingente e transitório, como são as promessas por responsáveis de ocasião. Talvez que a sabedoria seja aguardar (na intemporalidade) que as promessas se concretizarão um dia, pois que as bases essenciais da matriz social têm de ser inevitavelmente cumpridas.

A Medicina é uma dessas bases essenciais, sem o que a doença, a incapacidade física e mental e a morte reduzirão a pó todos os projectos de desenvolvimento social, económico, cultural preparado pelo sistema político – qualquer que ele seja, qualquer que seja a sua riqueza prometida – para melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

Exactamente por caber ao médico a função insubstituível de lutar contra a doença, no respeito *hipocrático* pelos direitos do homem, isolado e em sociedade, e no respeito pelas regras morais universais que lhes estão associadas, tornou-se fundamental em Estados de direito providenciar e assegurar a formação de médicos competentes, por instituições igualmente competentes e apetrechadas para o fazerem.

A perspectiva da próxima celebração de um contrato-programa, pelo qual a FML se propõe a receber financiamento adequado à modernização das suas estruturas, para reequipamento e para manutenção – a título de contrapartida pelo compromisso de aumentar o número de vagas para a formação pré-graduada diversificada e para incrementar a formação avançada – constitui uma luz no fundo do túnel, a justificar o grande empenhamento institucional na elaboração da proposta final. Além de possibilitar um real crescimento na formação e nos sectores de apoio, também as condições a criar robustecerão significativamente o sector da investigação, em que se destacam alguns centros de qualidade superior, internacionalmente certificados. O apetrechamento do novo edifício, cuja construção se prevê concluída em finais de 2001, beneficiará igualmente da aprovação do contrato-programa referido, o qual se configura uma peça vital para a qualidade da missão institucional pretendida.

A sabedoria da Faculdade de Medicina, no conjunto dos seus antigos, actuais e futuros membros, será acreditar que o futuro ainda é possível.

Homenagear um Passado de Noventa Anos, antecipar o Futuro em Desenvolvimento*

Ilustres Convidados, Senhores Professores, Senhores Docentes, Senhores Alunos, Senhores Funcionários, Senhoras e Senhores

Cumprimento Vossas Excelências e agradeço em nome da Faculdade e próprio a Vossa prezada presença, que muito nos honra.

Manifesto também antecipadamente a minha satisfação e reconhecimento pela bondade e paciência com que se dispuseram a escutar as breves palavras que preparei para esta cerimónia de abertura do Ano Académico de 2001-2002, que em conjunto assinala o 90^o aniversário da criação da Faculdade de Medicina como unidade orgânica co-fundadora da Universidade de Lisboa.

Homenagear o passado

Noventa anos são um período de tempo respeitável, em particular quando o somatório dos anos tem valor intrínseco e utilidade indiscutível. É por isso nosso indeclinável dever realçar o brilho e a riqueza do legado histórico

* D – In: Revista da FML 2002; Série III, 7 (4): 143-148.

Discurso como Director da FML na Sessão Solene de Abertura do Ano Académico da FML, 2001-2002, realizada na Aula Magna da FML em 12 de Outubro de 2001. Cumprimentos dirigidos a Exm^{os}. Senhores Membros da Mesa de Honra, Reitor da Universidade de Lisboa, Director do Hospital de Santa Maria, Presidentes dos Órgãos da Faculdade – Assembleia de Representantes, Conselho Científico e Conselho Pedagógico, Secretária da Faculdade, Presidente da Associação de Antigos Alunos da Faculdade, Presidente da Associação de Estudantes da Faculdade, Reitores e Vice-Reitores da Universidade de Lisboa e outras Universidades ou seus Representantes, Bastonário da Ordem dos Médicos, Comandante da Escola Naval, Representante do Comandante da Academia da Força Aérea, Representante do Comandante da Academia Militar, Directores e Senhores Presidentes de Órgãos Directivos, Científicos e Pedagógicos das Faculdades e Escolas Superiores ou seus Representantes designados, Presidentes e Directores das Instituições de Ciências, Ensino e de Natureza Social com parceria com a FML, Presidentes dos Conselhos de Administração e Senhores Directores de Hospitais e Centros de Saúde associados à FML, Administrador-delegado, Senhor Director Clínico, Senhora Enfermeira Directora do Hospital de Santa Maria.

que nos foi transmitido, o que procuraremos fazer por diversos meios ao longo do ano lectivo que agora se inicia.

No topo das comemorações do 90^o aniversário, é de elementar justiça e preito de gratidão recordar a *Geração de 1911*, constituída por alguns dos vultos mais eminentes da Medicina Portuguesa que, na época, leccionavam na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Do seu espírito visionário e dedicação académica nasceu uma obra grande – esta Faculdade de Medicina – cuja actividade foi depois potenciada por um Hospital Escolar nuclear e por um conjunto de outras unidades hospitalares especializadas e de investigação médica, localizados a curta distância entre si. Fruto dessa dinâmica de grupo e pelo prestígio e grande empenhamento pessoal dos seus membros mais destacados, poucos anos depois da sua criação já a Faculdade de Medicina de Lisboa era o núcleo vitalizador do primeiro (ainda que informal) *Centro Académico de Medicina* da nossa história recente.

Por isso, em homenagem justificadíssima, decidiram os Órgãos da Faculdade, para recordação das gerações vindouras dos seus alunos e futuros médicos, atribuir o nome de alguns daqueles prestigiados professores a auditórios e outros espaços tradicionalmente afectos às actividades em que, na sua época, mais se destacaram ao serviço da Faculdade.

Ainda em honra de todos os professores, pessoal, alunos e responsáveis que, directa e indirectamente, depois contribuíram para o engrandecimento da Faculdade e para a consolidação da sua missão ao longo dos noventa anos de história institucional, será editada, em volume da nossa Série de Estudos e Documentos, uma colectânea dos documentos que mais influenciaram o ensino médico no País e na FML, de 1911 até ao presente.

Quis o Senhor Doutor Luís da Silva Botelho, a quem expressamos o maior reconhecimento, ter a gentileza de nos trazer algumas peças da sua colecção particular, que recordam a instituição e as suas individualidades mais destacadas, a par com algumas vivências jubilosas que caracterizam as primeiras décadas da Faculdade. As obras a que faço referência estão presentes no Átrio da Aula Magna, aguardando a vossa visita.

Há a dizer que o tempo decorrido representou para a Faculdade a oportunidade (umas vezes conseguida outras nem tanto) de desenvolver e explicitar uma missão multifacetada partilhada, de transcendente importância institucional e com múltiplas implicações na vida nacional. Muitas coisas boas foram feitas, muitos projectos foram concretizados, inovações pioneiras tiveram lugar, vultos eminentes da Medicina Portuguesa deixaram obra e discípulos de valor reconhecido.

Todavia, nem todas as recordações foram agradáveis nem a Faculdade conseguiu evitar sobressaltos durante o período recordado. Homens menores e políticas enviesadas encarregaram-se de desarticular, sucessivamente e ao longo de décadas, com grande prejuízo para o País e para a Medicina nacional,

um sistema educacional e científico que, pela qualidade académica já então patenteada, granjeava reconhecimento e direito de paridade internacional.

Por duas vezes, a primeira no início da década de 50 e a segunda na segunda metade dos anos 70, foi a Faculdade de Medicina violentamente afectada nas suas estruturas e capacidades funcionais. Todavia, evidenciando uma vitalidade superior, a Faculdade renasceu gradualmente a partir da década seguinte pelo esforço, inteligência e lucidez dos seus docentes mais empenhados, preparando-se para reformular o currículo do ensino pré-graduado (com base nas propostas então emanadas de algumas Faculdades de Medicina europeias e norte-americanas), acompanhando as inovações da ciência, os novos formatos de organização e funcionamento dos serviços de saúde e da prática clínica.

José Pinto Correia foi nos meados da década de 80 uma das figuras maiores de professor e médico, líder natural de ideias e de acção entusiástica, lutador incansável em prol da renovação pedagógica e científica da Faculdade. Embora nos tenha deixado prematuramente, muitos dos seus conceitos e propostas perduraram quais sementes entretanto desenvolvidas em chão fértil, ganhando porte e consistência nos dias de hoje. O orador seguinte, o Senhor Professor David Ferreira, Vice-Reitor da Universidade de Lisboa, fará o elogio em memória do Professor Pinto Correia.

Numa mensagem plena de sabedoria Lao Tsé deixou-nos dito, há cerca de vinte e cinco séculos que *“a vida de um indivíduo serve como exemplo para outro indivíduo... uma comunidade serve de padrão para outra comunidade...”*. Nessa perspectiva e comunhão de ideais tenho o privilégio e especial honra em anunciar a Vossas Excelências que a Faculdade decidiu homenagear a força da mensagem e do exemplo legado pelo Professor Pinto Correia aos actuais e futuros membros da comunidade médica, atribuindo o seu nome à *Sala de Estudos Pós-Graduados*, a inaugurar em momento especial próximo.

Uma segunda palavra é devida nesta sessão em honra dos professores que, por força da idade se jubilaram e deixam um lugar difícil de preencher no Claustro, bem como aos restantes funcionários aposentados no ano que agora termina. A todos quero expressar o nosso reconhecimento.

Dirijo uma muito especial e comovida saudação a todos os nossos caríssimos Colegas, que hoje quiseram celebrar connosco o 50^º aniversário da sua formatura nesta Faculdade que nos é comum.

Endereço tributo merecido a todos os novos doutores, assim como aos docentes e investigadores que, pelo brilho das provas que prestaram e com a aprovação dos júris, entretanto ascenderam na carreira académica da Faculdade.

As nossas felicitações vão também para os funcionários não docentes que procuraram e conseguiram, com esforço, muito brio e dedicação, atingir

plataformas mais elevadas de desempenho profissional, por via das acções de formação que lhes foram disponibilizadas.

Cito jubilosamente os nossos alunos que entretanto concluíram com aproveitamento os seus cursos de formação inicial e avançada, para os felicitar e lhes transmitir uma mensagem de incentivo e votos de felicidade para a missão que lhes caberá cumprir com as habilitações adquiridas na *Alma Mater*.

Evoco com saudade e muito pesar os antigos membros da Faculdade este ano falecidos.

Realizar o presente e preparar o futuro

Ainda no âmbito das comemorações do 90º aniversário desejo anunciar a Vossas Excelências parte do trabalho entretanto realizado, que, pelo conceito e repercussões estruturais e funcionais que lhes estão implícitas, muito influenciarão o desenvolvimento da nossa Faculdade nos próximos anos.

O “6º ano em Estágio Clínico” do novo currículo, a elaboração do “Programa de Desenvolvimento Estratégico até ao ano de 2006” e a criação de um “Laboratório Associado”, a designar por Instituto de Medicina Molecular, são os principais acontecimentos para que peço a Vossa estimada atenção.

O Estágio Clínico no contexto do novo plano curricular – A conclusão neste mês de Outubro de 2001 do 6º ano do novo programa curricular, integralmente realizado como estágio clínico, constitui um momento alto na história da nossa Faculdade, pelo que representa de trabalho colectivo de professores e estudantes para um objectivo preparado desde 1993-94, pelo que significa em mudança de perspectivas e actuações, e pelo que evidencia em trajecto inovador. No meu entender esta obra justifica algumas palavras de apresentação para quem não a conheça.

Em primeiro lugar, o estágio clínico que tomou o lugar do antigo 6º ano do curso evoluiu de uma preparação substancialmente teórica, realizada intramuros, para um ano de plena vivência clínica, não só no “seu” Hospital de Santa Maria mas também em mais sete unidades hospitalares e dezenas de centros de saúde localizados nas áreas de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e Ilhas; em segundo, o estágio clínico decorreu em seis valências clínicas principais (Medicina, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde Mental e Medicina Geral e Comunitária) e incluiu duas optativas adicionais, todas em total prática clínica tutelada, pela qual os alunos aprenderam a praticar os actos clínicos definidos em caderneta de estágio; em terceiro lugar, os locais de estágio foram escolhidos pelos alunos, que não podiam realizar mais do que uma valência clínica na mesma unidade de saúde (a

excepção é o Hospital de Santa Maria, em que estavam previstas até duas valências); em quarto lugar, cada aluno foi orientado por um tutor médico qualificado em cada uma das unidades em que estagiou.

Apesar do empenho da Faculdade e da excelente colaboração recebida por parte de todos os directores de unidades e dos tutores dos serviços em que o estágio decorreu, o ano de estágio clínico chega ao seu termo envolto numa complexa teia de indefinições institucionais que põem em risco a coe-rência do processo de formação pré-graduada e a sua sequência imediata em Internato Médico. É oportuno recordar que a organização do novo plano curricular agora concluído culminou um longo e atribulado percurso, iniciado em Outubro de 1988 com as intenções subscritas solenemente pelos ministros portugueses da Educação e da Saúde em sessão pública internacional realizada em Lisboa. A cerimónia teve a presença dos seus pares ministeriais dos países da União Europeia, presidentes de organizações, instituições e sociedades científicas, e muitas outras altas individualidades com responsabilidades superiores nos campos da Educação Médica e da Saúde. O resto da história é conhecida e até começou bem, pois que após a “Iniciativa de Lisboa”, de imediato foi nomeada a Comissão Interministerial para a Revisão do Ensino Médico (CIREM), com a incumbência de delinear um projecto do novo plano curricular que as instâncias internacionais haviam decidido recomendar à generalidade dos países, na sequência da Declaração de Edimburgo proclamada dois meses antes, em Agosto de 1988.

A CIREM deu a conhecer as suas propostas em 1993, que foram aprovadas. Um grupo de trabalho imediatamente designado pelo Governo delineou um primeiro projecto de regulamentação. Como é sabido, a proposta apresentada não teve resposta ministerial.

Não obstante aquele passo em falso, todas as Faculdades de Medicina do Portuguesas procuraram modificar o seu programa de estudo de modo a adaptá-lo ao objectivo principal, definido e aprovado ministerialmente, o qual consistia em transformar o ensino tradicional do 6º ano num estágio clínico que, após um período de avaliação, substituísse o actual Internato Geral. Este propósito, uma vez concretizado, originaria o encurtamento em dois anos na formação médica, à custa da transformação do 6º ano num período de prática profissionalizante e da extinção simultânea do Internato Geral.

Apesar do alheamento do Governo quanto ao assunto, as Faculdades mantiveram-se unidas, trabalhando em conjunto para os propósitos delineados.

Ainda por iniciativa das Faculdades, o Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas (CRUP) concordou em formalizar uma Comissão de Ensino Médico, na qual os trabalhos foram prosseguindo. Deste modo, o novo programa de estudos iniciado no ano lectivo de 1995-96 pôde ser desenvolvido em articulação inter-institucional. Em 1998 o Governo decidiu finalmente intervir no processo, após uma reunião preparatória em Caparide,

na qual os ministros da Educação e da Saúde, com surpresa geral dos representantes das Faculdades, anunciaram a intenção de expandir o ensino médico pela criação de duas novas Faculdades. Algum tempo depois o Governo criou três comissões e grupos de trabalho, um dos quais visava exactamente a preparação de um parecer sobre as novas escolas médicas.

Através da Comissão de Ensino Médico foi apresentada uma proposta de projecto-lei para regulamentação do novo plano curricular, que recebeu a concordância absoluta de todas as instituições representadas, em que se incluíam as Faculdades de Medicina, a Ordem dos Médicos, a Associação Nacional de Estudantes de Medicina, e altos representantes dos ministérios da Educação e Saúde. A proposta apresentada requeria somente que algumas questões tivessem solução antecipada de modo a ser garantida a eficácia das modificações acordadas. Designadamente, era recomendada a reformulação da relação docente-discente de 1/6 para níveis de 1/3, mais próximos de uma formação médica qualificada; em segundo lugar, era reclamada a redefinição das responsabilidades e das capacidades de intervenção das Faculdades, ajustadas à formação médica pré-graduada, nas unidades clínicas em que esse ensino tivesse lugar.

Aquele conjunto de propostas, bem como as hipóteses acordadas em sede do outro grupo de trabalho designado para analisar e propor modalidades de gestão pedagógica em unidades clínicas, não acolheram resposta governamental.

A bem dizer, o Governo limitou-se a aprovar a pré-intenção já manifestada, ou seja, a criação de duas novas instituições para ensino médico, uma das quais no interior do País, não obstante aquele propósito ter acolhido parecer negativo, quer do grupo de trabalho designado para estudar o assunto, quer do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos, quer dos intervenientes directos no ensino médico.

Aparentemente, as intenções pré-fixadas pelo Governo terão resultado mais dos interesses políticos regionais e de influências circunstanciais do que de uma avaliação ponderada da situação, pelo menos no que se refere à criação de novas Faculdades para o ensino médico.

Entre 1998 e 2001, o Grupo de Missão em Saúde, entretanto criado para avaliar e apoiar um programa de desenvolvimento estratégico para o ensino médico e para as profissões afins, geriu com grande eficácia e justeza de critérios os interesses de cada instituição e o seu todo, no que se refere à modernização de instalações e reequipamento das antigas escolas médicas. Em troca desse apoio e tendo por base a avaliação periódica dos resultados, foi exigido o aumento progressivo do *numerus clausus* daquelas instituições.

Todavia, este bom trabalho *deveria ter começado em 1993/94*, no início da reformulação curricular, o que decerto teria evitado a evolução desarticulada do processo. Ao intervir numa fase terminal, urgia que a actuação do

Grupo de Missão em Saúde decorresse em “duas velocidades”, a que se verificou e resultou num programa que está prestes a ser concluído com êxito, a par com uma dinâmica muito mais acelerada (que não houve), que desse concretização à aprovação do programa curricular e ao formato do ano de estágio clínico, acordado por unanimidade na Comissão de Ensino Médico, em 1998. Ao adiar-se este passo, foi criado um enorme vazio em fase muito crítica da formação médica, que coincide com o momento actual e próximo futuro.

No período decorrido entre 1998 e o presente os responsáveis por cada uma das instituições de ensino médico tiveram a liberdade total para organizar o 6^o ano como entenderam e puderam. Por outro lado, nada foi discutido nem resolvido sobre o Internato Geral quanto à sua manutenção, extinção, encurtamento ou modificação. Por conseguinte, neste mesmo momento, enquanto os alunos da Faculdade de Medicina de Lisboa estão a concluir o período de formação programada para um 6^o ano com estágio clínico profissionalizante, conforme as normas gerais acordadas em sede de Comissão do Ensino Médico e de acordo com as recomendações iniciais da CIREM, a solução adoptada foi diferente nas outras instituições.

Deste muito lamentável desacerto, há que buscar responsabilidades nos ministérios da Educação e da Saúde dos sucessivos Governos desde 1993, os quais tendo a tutela e o poder de decisão, conhecendo perfeitamente a situação, e dispondo de um período de nove anos para aprovarem um caminho e tomarem uma decisão, não o fizeram. Todavia, também a Ordem dos Médicos não olhou com a devida atenção e antecedência para o que estava a passar-se, sendo agora confrontada com alunos de algumas Faculdades de Medicina (embora não de todas) que apresentam preparação idêntica (senão superior) à do actual Internato Geral e para os quais não foi antecipado nenhum projecto credível de formação pós-graduada, em continuidade com o novo ano de estágio clínico.

É o que vai suceder inevitavelmente aos alunos desta Faculdade que frequentaram com aproveitamento um estágio clínico profissionalizante e que serão compelidos a despende mais dezoito meses da sua vida num Internato Geral de que não retirarão qualquer benefício aparente.

E, por não haver sinal de qualquer decisão governamental, também não se vislumbra quando cessará tão grande desperdício de entusiasmo e motivação dos jovens médicos que em breve ingressarão na vida profissional.

Igualmente não se entende até quando haverá Faculdades que continuam a ter um 6^o ano tradicional (com disciplinas, aulas e exames a essas disciplinas) enquanto outras o organizaram em estágio clínico.

Não se percebe como e quando será decidido (sem prejuízos para a qualidade da formação pré-graduada) que, a partir de terminado ano, todos os alunos que concluíam o 6^o ano deverão ter conhecimentos e capacidades para

iniciarem um outro tipo de Internato Médico, que na prática corresponda ao ingresso directo no Internato Complementar.

Na realidade, enquanto todos os alunos de todas as instituições de ensino médico não efectuarem um 6^o ano em estágio clínico profissionalizante com objectivos e qualidade equivalentes, não se afigura legítimo nem responsável que a preparação (embora insuficiente e discutível) do actual Internato Geral possa ser dispensada pelo Ministério da Saúde e, sobretudo, pelas organizações com responsabilidades no exercício da Medicina, quer nacionais quer ainda internacionais. Todavia, cabe exactamente ao Ministério da Saúde, em articulação com o Ministério da Educação e a Ordem dos Médicos, tomarem decisões e emitirem legislação que dêem continuidade ao que estava previsto e, sobretudo, que o façam sem destruírem o conceito e sem comprometerem o período de escolaridade e a qualidade da formação conseguida no ano de estágio clínico.

Vossas Excelências compreenderão a nossa grande preocupação sobre o assunto que lhes refiro. Nada pior na circunstância referida do que a ausência de decisões por quem a deve assumir em última instância. A omissão de autoridade e a indefinição das normas de trabalho e dos projectos pré-aprovados favorecem oportunismos e soluções avulsas, protagonismos messiânicos, políticas frágeis e, no conjunto, conduzem à minimização e erosão qualitativa dos projectos e dos objectivos deles pretendidos.

A história da Medicina e do seu Ensino em Portugal tem, infelizmente, muitos exemplos de continuadas flutuações, em que os bons propósitos foram repetidamente destruídos por circunstâncias ou interesses contrainstitucionais. Apesar de os sinais não nos serem merecedores de grande optimismo, faço votos para que a história não se repita com o novo plano curricular e, em particular com o estágio clínico no 6^o ano, pois que tal obrigaria a medidas radicais de inevitável retrocesso conceptual e da qualidade já conseguida na prática clínica adquirida.

A contrapor à inquietação referida sobre o modelo de formação inicial, a Faculdade tem motivos para se rejubilar pelas perspectivas de desenvolvimento que se desenham no futuro.

Programa de Desenvolvimento Estratégico – Alguém disse que “*o futuro não deve ser previsto mas sim criado*”. Efectivamente, ano após ano, com trabalho, perseverança e perspectiva da dimensão institucional, os membros desta Faculdade demonstraram que pode ser criado quando o desejamos.

Nesse propósito e querer, os órgãos da Faculdade aprovaram a elaboração de um Programa de Desenvolvimento Estratégico para o período de 2002 a 2006, eventualmente extensível até 2010. Este programa foi apresentado e aprovado preliminarmente pelo Grupo de Missão em Saúde, no âmbito da política de recuperação e reapetrechamento educacional das instituições mais antigas de ensino médico, em que se inclui a nossa Faculdade.

Aguarda-se a todo o momento que aquele programa seja aprovado pelo Governo, tendo como contrapartida, por parte da nossa Faculdade, o aumento progressivo do *numerus clausus* até 2006. Por via do contrato-programa previsto para o desenvolvimento da medicina na Universidade de Lisboa, a nossa Faculdade receberá um investimento calculado em quatro milhões de contos para equipamento do seu novo edifício recém-construído, para obras de remodelação e beneficiação das estruturas que permanecem no edifício hospitalar e, ainda, para a construção de dois edifícios novos a localizar no seu novo *campus*, um destinado a realojar o sector laboratorial e serviços do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana e o outro para instalação da Biblioteca e do Instituto de Formação Avançada.

É desnecessário salientar junto da Ilustre Audiência o que para nós significa a obra anunciada. Não resisto porém a deixar sublinhado a sua importância, aliás evidente a diversos níveis.

Em primeiro lugar, o Programa de Desenvolvimento Estratégico possibilitará a dignificação, modernização e ampliação dos espaços e estruturas de actuação pedagógico-científica; segundo, confere novos espaços sob jurisdição única e própria, para uma melhor interacção e potenciação de esforços e melhor aproveitamento de recursos; terceiro, através do futuro edifício para a Biblioteca e Formação Avançada, será expandido o acesso à informação, a implantação de novas tecnologias, o desenvolvimento progressivo da formação avançada e o suporte indispensável à aprendizagem médica ao longo da vida; em quarto lugar, ao integrar o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana no seu *campus*, a Faculdade recupera proximidades de interacção com uma instituição que foi sua unidade orgânica até 1989, para adquirir novas capacidades formativas no domínio da microbiologia e da imunologia, entre as vertentes a considerar, além de viabilizar um maior reforço de parcerias com o Hospital de Santa Maria e outras unidades próximas; finalmente, ao serem garantidos financiamentos para uma muito próxima activação do novo edifício, originalmente concebido para a reinstalação das unidades das ciências básicas, a Faculdade adquire superiores capacidades funcionais e de actuação pedagógica e científica.

A criação do Instituto de Medicina Molecular – A aprovação próxima do Laboratório Associado da Faculdade de Medicina de Lisboa pelo Ministério da Ciência e Tecnologia é uma das boas notícias que hoje justificam devido relevo perante Vossas Excelências. Não só pelo que representa, em termos de reconhecimento pelas instâncias superiores com responsabilidade na Ciência Nacional, do mérito superior da investigação desenvolvida por alguns dos centros de estudos científicos da Faculdades mas, igualmente, por traduzir a aceitação, pela primeira vez, de que o novo edifício em conclusão tem condições para acolher e possibilitar a expansão das actividades do que será o sexto Laboratório Associado a aprovar pelo Governo. Na realidade, a

inter-existência na diversidade dos múltiplos centros científicos, em estreita comunhão de espaços e ambiente académico, instalados em estruturas renovadas e dotadas de equipas de investigadores qualificados e em formação, em aumento constante, representam uma riqueza incalculável da nossa Faculdade potenciadora da expansão em múltiplas parcerias entretanto desenvolvidas com outras instituições de investigação e da saúde.

Seria excelente que esta nova realidade da Faculdade viesse a concretizar-se, como se perspectiva, em ambiente que possibilite a imaginação para lá dos seus limites aparentes.

O que será a Faculdade no futuro, o que estará ao seu alcance fazer? Pascal, ao dizer-nos, no século XVII, que “*a esfera do conhecimento, à medida que cresce multiplica contactos com a esfera da ignorância, pelo que, quanto mais conhecemos, maior é o desconhecimento que encontramos*”, deixou-nos talvez uma direcção para o que procuramos.

Aos nossos novos alunos, que agora ingressam no 1^o ano da Faculdade com a esperança e motivações de um dia saírem médicos, desejo-vos as maiores felicidades e deixo-vos também, para inspiração e como mensagem, a sabedoria que transparece naquelas palavras de Pascal.

**Prioridades num Ciclo de Mudança.
Análise das Modificações Realizadas
e Previsão das Inevitáveis***

Ilustres Convidados, Senhores Professores, Senhores Docentes, Senhores Alunos, Senhores Funcionários, Senhoras e Senhores.

Em nome da Faculdade e próprio, apresento a Vossas Excelências respeitosos cumprimentos de boas vindas e o agradecimento devido pela Vossa presença nesta sessão, que formaliza a Abertura do Ano Académico de 2002-2003 e que, em simultâneo, comemora o 91^o aniversário da criação da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Ano após ano desde 1994, data em que assumi a direcção da Faculdade, tenho procurado informar a Escola e os nossos ilustres convidados sobre os projectos e realizações institucionais, a par com alguns motivos de preocupação circunstancial, infelizmente quase sempre superiores ao desejável, quer em número quer em gravidade.

Oito anos estão volvidos e, se em algumas situações subsiste a ilusão de que o tempo não passou e de que nada foi mudado, no conjunto há a certeza de que o percurso foi longo e desgastante mas, apesar de tudo, concludente.

* D – In: Revista da FML 2003; Série III, 8 (1): 5-9.

Discurso como Director da FML na Sessão Solene de Abertura do Ano Académico da FML, 2002-2003, realizada na Aula Magna da FML em 11 de Outubro de 2002. Cumprimentos dirigidos a Exm^{os}. Membros da Mesa de Honra, Vice-Reitor da Universidade de Lisboa, Prof. Doutor Marques de Almeida, em representação do Magnífico Reitor, Director do Hospital de Santa Maria, Bastonário da Ordem dos Médicos, Presidentes dos Órgãos da Faculdade – Assembleia de Representantes, Conselho Científico e Conselho Pedagógico, Secretária da Faculdade, Presidente da Associação de Estudantes da FML, Reitores e Vice-Reitores das Universidade ou seus Representantes, Comandantes da Escola Naval, da Academia da Força Aérea e da Academia Militar ou seus Representantes, Presidente da Fundação Calouste Gulbenkian, na pessoa do seu Representante, Presidentes e Directores das Instituições de Ciências, Ensino e de Natureza Social com parceria com a FML, Directores e Senhores Presidentes de Órgãos de Gestão de Faculdades e Escolas Superiores e seus Representantes designados, Presidentes dos Conselhos de Administração e Senhores Directores de Hospitais e Centros de Saúde associados à FML, Membros do Conselho de Administração e Senhor Director Clínico do Hospital de Santa Maria.

Atendendo aquela aparente dualidade justifica-se um balanço sucinto do que foi realizado desde 1994.

Entre as prioridades originalmente fixadas incluíam-se a preparação e o desenvolvimento do novo programa curricular, a renovação e apetrechamento de espaços físicos adequados para as modificações pedagógicas, e a definição de uma estratégia para desenvolvimento científico. Cabe desde já acentuar que a todos os problemas foi dada solução, em ambiente de grande convergência de propósitos e com a superior colaboração dos órgãos de gestão, comissões permanentes e transitórias, grupos de trabalho e estruturas de apoio administrativo e técnico da Faculdade.

A activação do novo programa curricular foi iniciada para o 1º ano em 1995/96 e continuada nos períodos lectivos seguintes até ao 6º ano, em 2000-2001. Deste modo, o curso que actualmente está a concluir o seu último ano como estágio clínico constitui o segundo contingente de alunos abrangido por esta primeira fase de modernização curricular. Os pormenores sobre os objectivos e a natureza das modificações curriculares introduzidas foram abordados em anteriores oportunidades.

Os superiores resultados obtidos pelos nossos alunos nos primeiros cinco anos do novo programa curricular e, na sequência, as provas de grande qualidade intelectual e de maturidade reveladas durante o estágio clínico, têm sido amplamente testemunhados pelos docentes e tutores que os têm apoiado no respectivo trajecto académico, quer na Faculdade quer no Hospital de Santa Maria, quer nas muitas outras unidades do Serviço Nacional de Saúde que conosco colaboram no ensino clínico. Tão amplo contributo permite que se conclua positivamente sobre a justeza das modificações pedagógicas elaboradas e dinamizadas através da Comissão de Revisão Curricular, com o acordo dos Conselhos Pedagógico e Científico e com a colaboração dos coordenadores pedagógicos de cada ano e dos professores das disciplinas e de outras actividades lectivas do curso.

Enquanto se aguarda com expectativa confiante o desempenho futuro dos novos recém-licenciados, de modo nenhum se exclui a transitoriedade de diversas medidas assumidas e a incompletude de outras, num projecto pedagógico ainda com muito caminho a percorrer.

É de realçar a relevância dos trabalhos desenvolvidos pelo Gabinete de Gestão Curricular, entretanto criado para apoio administrativo especializado às exigências da nova versão do curso, em particular a prévia organização das inscrições dos alunos em turmas e postos de rotação, dos calendários de exames, da preparação e distribuição da documentação, e no apoio directo aos professores coordenadores de ano e regentes.

A segunda das prioridades incluía a renovação dos espaços físicos disponíveis neste edifício comum que a Faculdade partilha com o Hospital de Santa Maria desde 1953. Não constitui segredo para os que conhecem a his-

tória de ambas as instituições e consultaram os mapas originais do edifício, que a área afectada à Faculdade era, em 1994, cerca de metade do que estava definido no projecto inicial. Por conseguinte, em paralelo com a reabilitação progressiva dos espaços para aulas e serviços de apoio, e a readaptação de recursos de outras áreas, começou a ser concebido um programa de desenvolvimento mais lato, a estar concretizado na década seguinte.

Ainda que a planificação logística dos acontecimentos académicos se afigure para alguns, menos conhecedores da problemática, um pormenor assaz irrelevante para ser sequer citado, é reconhecido por gente mais experiente que, para alcançar os objectivos são necessários meios para o fazer. Neste pressuposto, as melhorias foram programadas e iniciadas com a possível brevidade.

Os resultados conseguidos com o apoio do Gabinete e Planeamento Avaliação e Desenvolvimento viabilizaram, em pouco tempo, um acréscimo em conforto e condições para o ensino-aprendizagem dos alunos, entre um vasto conjunto de outros benefícios para apoio das novas exigências pedagógicas, em que se incluía designadamente, a informatização das unidades estruturais, a subjacente expansão das comunicações em rede, o enriquecimento em número e conteúdos dos serviços da biblioteca e documentação, a criação de salas de auto-aprendizagem, a instalação de laboratórios de modelos pedagógicos, a definição de plataformas de coordenação pedagógica e administrativa.

Ainda no domínio das estruturas físicas, foi concluído e está em fase de correcção final um novo edifício, destinado à instalação prioritária das unidades laboratoriais afectas ao ensino não clínico e à investigação médica e biomédica.

Há cerca de um ano, foi aprovado, na presença de três ministros do anterior Governo, o Contrato-Programa para o Desenvolvimento da Medicina nesta Faculdade, que entre outros incentivos, engloba a construção de dois novos edifícios, um para o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana e outro para instalar a Biblioteca Central e o Instituto de Formação Avançada. Adicionalmente, foi prevista a recuperação de algumas áreas para ensino e investigação das unidades que continuarão instaladas no edifício comum, designadamente alguns dos institutos das ciências básicas e pré-clínicas e os pólos de apoio administrativo e pedagógico-científico de todas as clínicas universitárias.

Finalmente, como terceiro vector prioritário, foi definido em 1994 um programa estratégico para desenvolvimento científico, de que faziam parte a Biologia Molecular, as Neurociências e as Ciências Cardiovasculares.

As duas primeiras áreas, originalmente abrangidas e patrocinadas pelo “Programa Ciência”, tiveram desenvolvimento fulgurante, enquanto a terceira, por estar dispersa e não dispor de apoio específico, ainda aguarda uma

maior convergência dinamizadora. Neste intervalo foi constituído um apoio suplementar para implantação das Ciências de Nutrição e para as Ciências da Microbiologia, ambas igualmente consideradas prioritárias para o futuro da Faculdade e, como tal, englobadas no Contrato Programa de Desenvolvimento. No âmbito de cada um destes domínios recai a responsabilidade pela preparação e desenvolvimento de um curso de licenciatura, cabendo ainda ao sector da Microbiologia a revitalização pedagógica, científica e técnica do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.

Entretanto, uma parte substancial dos centros de investigação ex-INIC localizados na Faculdade registou alterações relevantes, a justificar a classificação de “excelente” e “muito bom” que lhes foi atribuída, após avaliação externa promovida pela Fundação de Ciência e Tecnologia. Na sequência desta avaliação foi, em finais de 2001 aprovada a constituição de um Laboratório Associado que engloba aqueles centros de investigação e um outro grupo externo, em parceria, cuja formalização legal foi concluída muito recentemente sob a designação de Instituto de Medicina Molecular.

Nos dois últimos anos foram criados outros centros de investigação, na generalidade anexos a clínicas universitárias, o que suscita as maiores expectativas para um futuro promissor no âmbito da investigação clínica.

Igualmente promissora se afigura ser a investigação científica promovida pelos alunos através de estágios de investigação optativos do programa curricular, assim como pelo programa “Educação pela Ciência” desenvolvido desde 1997 pelo Gabinete de Apoio à Investigação Científica (GAPIC). Dos alunos que participaram e estão a participar nas referidas actividades, um número significativo continuou associado ao grupo de trabalho inicial, colaborando activamente em projectos de investigação com expressão internacional.

Muito recentemente, aquando da Conferência Anual da *Association for Medical Education in Europe*, que decorreu em Lisboa em finais de Agosto último sob a responsabilidade do Gabinete de Cooperação Internacional da nossa Faculdade, foi evidenciada a expressão dos trabalhos de investigação realizados pelos nossos alunos no âmbito dos programas curriculares e nos projectos aprovados pelos GAPIC.

Pelo exposto, há motivos para se antever um futuro produtivo de grande qualidade científica por parte dos actuais docentes, investigadores e alunos, fruto da esclarecida dinamização promovida pelo presidente do Conselho Científico, em conjunto com os coordenadores do GAPIC, dos Centros de Estudo e dos grupos de investigação activos na Faculdade.

Entretanto, um quarto vector de desenvolvimento, que representa a formação pós-graduada, adquiriu pujança crescente nos últimos três anos.

A acumular a um número bastante representativo de cursos de actualização – cuja tradição começou a ter significado desde 1988, com a criação do Gabinete de Estudos Pós-Graduados (GEPOC), depois continuado pelo Departamento de Educação Médica – a Faculdade decidiu alargar o leque de domínios a aprofundar através de cursos de mestrado. Por via da grande adesão e entusiasmo manifestado pelos professores e responsáveis por alguns dos domínios pedagógico-científicos, a oferta actual da Faculdade totaliza onze cursos de mestrado, em actividade ou a iniciar, a contrapor aos dois a três cursos em laboração até 1999.

A actual dinâmica justificou a reorganização dos apoios administrativos numa plataforma superior, em complemento da que existia. O Gabinete de Mestrados e Doutoramentos foi constituído para responder às exigências do desenvolvimento da política da Faculdade para a formação avançada conducente a grau académico.

Na sequência foi aprovado pelo Conselho Científico um programa de formação pedagógica para os docentes no activo, cuja responsabilidade recai em sectores do Departamento de Educação Médica.

O conjunto de acções identificadas como formação avançada veio a justificar a criação de um Instituto próprio, que engloba três estruturas pré-existentes (Gabinete de Mestrados e Doutoramentos, Gabinete de Apoio à Investigação Científica e Departamento de Educação Médica).

Considerando as prioridades atrás referidas como as principais constituintes nucleares de um percurso de modernização institucional, afigura-se indispensável acrescentar-lhes uma camada envolvente, e também matricial, para todo o conjunto. Nessa hipotética matriz situar-se-iam as componentes gerais de gestão administrativo-financeira e as de apoio técnico superior.

Embora ambos as componentes tenham raízes comuns, diferenciam-se no tipo de actividades e responsabilidades que lhes estão cometidas e, fundamentalmente, no perfil da formação académica, tempo de serviço e vínculo contratual dos seus membros. Ainda que estas dissemelhanças constituam um inevitável ponto de atrito funcional, a experiência adquirida pelos seus membros nestes anos de coexistência recíproca minimizou dificuldades e tem permitido a profícua interacção entre níveis de responsabilidade e de actuação distintos. A proficiente acção da Secretária da Faculdade junto dos serviços administrativos tem contribuído no sentido da melhoria e harmonização do conjunto funcional.

As estruturas de apoio técnico superior representam níveis de decisão intercalar, com responsabilidades delegadas, quer nos docentes nomeados para funções de coordenação quer nos responsáveis técnicos.

Os gabinetes de apoio técnico representam também o embrião para uma futura redefinição dos métodos de gestão da Faculdade, permitindo a sua transição de uma estrutura de decisão vertical, no sentido topo-base, para

uma melhor flexibilização e repartição delegada de responsabilidades transversais, em centros de decisão intercalar. A experiência entretanto adquirida através das responsabilidades, especializadas centradas e solucionadas por gabinetes técnicos, permite antever uma melhor funcionalidade para os próximos anos.

Por via dos gabinetes já referidos (que passaram a apoiar a gestão dos recursos humanos, a formação pré-graduada, a formação avançada, a investigação científica, a cooperação internacional, o planeamento e desenvolvimento), poderá a Faculdade avançar para um nível superior mais próximo das condições de funcionalidade das instituições universitárias modernas.

A Faculdade passou a ter uma perspectiva periódica da sua realidade através dos guias, cadernos, documentos e relatórios que têm sido editados, em volumes seriados, a que acresce a publicação de uma Agenda quinzenal e de uma Revista com periodicidade mensal. O Gabinete Editorial tem até agora assumido a responsabilidade das publicações quinzenais e mensais, cabendo a outros gabinetes coligir a informação das restantes séries editadas.

A auto-avaliação das diversas unidades e do conjunto funcional da Faculdade constituiu uma das medidas de política interna, iniciada com determinação desde 1994 e prosseguida com regularidade até ao presente. Através de relatórios trienais abrangendo todos os sectores da Faculdade, foi viabilizado o suporte documental para as quatro, visitas de avaliação externa que entretanto analisaram a Faculdade no seu todo, mais outras duas visitas efectuadas por comissões de avaliação das unidades científicas. As valiosas informações registadas nos relatórios editados têm constituído fontes essenciais para as correcções já introduzidas e para outras em preparação, dando corpo a um sistema de auto-regulação representativo de uma nova cultura institucional.

Se a reestruturação intercalar entretanto desenvolvida para apoio directo das prioridades definidas em 1994 fosse suspensa ou anulada, assistir-se-ia a uma rápida desarticulação e inoperacionalidade de cada uma das partes, e à da Faculdade no seu todo. Seria desastroso para o futuro da Faculdade regressar para o plano de funcionamento administrativo indiferenciado que, de certo modo, ainda perdura estatutariamente. Por conseguinte, a urgente reformulação dos Estatutos da Faculdade, a ser desenvolvida com espírito esclarecido e conhecimento plenos dos modernos processos de gestão, representa uma das prioridades para futuro imediato.

Todavia, por si só, as modificações estruturais que a Faculdade venha a considerar no âmbito da autonomia universitária que a abrange não escondem um conjunto de constrangimentos que ainda dependem de legislação restritiva ou obsoleta.

Por via dessas limitações, continua esta Faculdade de Medicina, assim como as suas congéneres nacionais, desprovida de unidades próprias para ensino clínico ou, pelo menos, sem mandato para participar nos conselhos de

gestão das unidades a que, despropositadamente, ainda há quem chame de hospitais universitários ou escolares. Quanto a centros de saúde, que sejam extensões da Faculdade para ensino formal, pré-clínico ou clínico, simplesmente não existem, nunca foram superiormente considerados nem planificados, e as várias tentativas entretanto desenvolvidas pela Faculdade nesse sentido têm esbarrado em “muros de pedra”.

Estreitamente associadas à carência de unidades próprias ou co-geridas para o ensino clínico dos nossos alunos, subsistem dificuldades que limitam a contratação de médicos vinculados a unidades do Serviço Nacional de Saúde. Por um lado, o regime do serviço médico não prevê a reserva de tempo específico para ensino clínico como parte de uma cooperação obrigatória. Por outro, nem o serviço docente nem a investigação científica são actividades valorizadas nos concursos de acesso à carreira médica, ao ponto dos próprios docentes retirarem dos currículos as suas intervenções académicas por os poderem prejudicar nessas provas. Finalmente, o diploma legal que tem fundamentado a contratação de médicos para funções no ciclo clínico, não obstante a sua importância à data da publicação, tende a transformar-se numa via de reivindicação administrativa para posições disruptivas da hierarquia académica activa.

Pelo exposto, não oferece dúvidas de que a segunda grande prioridade da Faculdade para o futuro imediato é a reformulação do seu ensino clínico, quer na melhoria do que está a ser feito quer, essencialmente, para a identificação de modalidades inovadoras e hipóteses de intervenção directa nas unidades de saúde onde o ensino do ciclo clínico deve ocorrer.

É um facto que o futuro não pertence a ninguém e como alguém já disse, *“não há percursos nesse futuro, somente retardatários”*.

Mas esse futuro que ninguém conhece há que começá-lo hoje, para que os novos alunos que ingressam na Faculdade este ano lectivo adquiram conhecimentos e capacidades de intervenção directa daqui a seis anos, no mundo novo em expectativas e exigências que se lhes irá apresentar.

Antes de concluir, desejo expressar a minha homenagem aos docentes e funcionários não docentes que se jubilaram ou obtiveram aposentação de serviço, no ano que terminou. A Faculdade recordará a dedicação e empenho postos ao seu serviço e no cumprimento da missão institucional.

Endereço também as mais cordiais felicitações a todos os novos doutores e aos restantes docentes da Faculdade que, através de concursos e provas, atingiram níveis superiores na respectiva carreira académica.

As minhas felicitações são devidas, muito justificadamente, a todos os alunos que concluíram o curso de licenciatura e a todos os que completaram cursos de pós-graduação, desejando que a formação adquirida lhes possibilite os níveis superiores de desempenho científico e profissional que estavam nas suas expectativas iniciais.

Dedico uma saudação de boas vindas, muito especial e afectuosa, a todos os novos alunos que, este ano, se matricularam nesta Faculdade para nela adquirirem os conhecimentos e capacidades indispensáveis ao desempenho prático, com dignidade e competência, da profissão que escolheram.

Termino com uma saudação a todos os Colegas que concluíram, há 50 anos, o curso de Licenciatura na Faculdade de Medicina de Lisboa, a quem hoje e aqui homenageamos com uma grande e calorosa salva de palmas. A vossa dedicação à Medicina no tempo decorrido é exemplo modelar para a nova geração de alunos que este ano ingressa na Faculdade, de modo a que essa imperceptível linha que, na Medicina, nos une a todos – elos de uma cadeia com milénios de tradição, valores e conhecimentos – seja mantida com perseverança, humanidade e profissionalismo.

Ensino do Ciclo Básico na Universidade da Madeira*

Excelências,
Senhoras e Senhores,

Quando o Senhor Professor Rúben Capela nos deu a conhecer, há cerca de dois anos, as suas intenções de promover, com o nosso apoio e coordenação, um processo que possibilitasse a frequência do ciclo básico de Medicina por um maior número de candidatos da Região, tomando para isso partido das capacidades e estruturas instaladas na Universidade da Madeira, estávamos muito longe de prever que a concretização desse sonho viesse a ocorrer tão precocemente.

Na realidade, a realização da presente cerimónia significa que o ciclo básico da licenciatura, a ser idêntico em qualidade, metodologia e resultados ao que existe na Faculdade de Medicina de Lisboa, está previsto para começar no próximo mês de Outubro.

Entretanto, pelo caminho ficaram alguns aspectos importantes por consolidar.

Como é do conhecimento de Vossas Excelências, o curso de licenciatura em Medicina, não obstante estar subdividido funcionalmente em ciclos de progressão sequencial, constitui um *continuum* formativo. Há muito que dei-

* D – In: Revista da FML 2004; Série III, 9 (5): 309-311.

Discurso como Director da FML proferido na cerimónia de assinatura do Protocolo de colaboração entre a Faculdade de Medicina de Lisboa e a Unidade das Ciências da Saúde da Universidade da Madeira. Reitoria da Universidade da Madeira, Funchal em 31 de Maio de 2004. Cumprimentos dirigidos a S. Excelência a Ministra da Ciência e do Ensino Superior, Presidente do Governo Regional, Reitor da Universidade da Madeira, Reitor da Universidade de Lisboa, Membros do Governo Regional, Altas Autoridades do Governo da Região, Altas Autoridades da Saúde e dos Assuntos Sociais, Altas Autoridades da Sociedade Social, Vice-Reitores das Universidades da Madeira e de Lisboa e equipas Reitorais de ambas as Universidades, Professores e Membros da Academia, Presidente do Conselho Científico da FML, Professores da Comissão Mista de Acompanhamento do ciclo básico de Medicina pela FML e pela Universidade da Madeira.

xou de haver “*preparatórios de Medicina*”, resquícios dos anos quarenta do século passado, apesar daquela redutora designação continuar a aflorar a público, com alguma insistência, a propósito do presente projecto.

Acresce ainda, em reforço da unicidade do curso de Medicina, que o novo programa curricular, cuidadosamente organizado e activado pela nossa Faculdade em 1995/96, prepara o aluno desde o seu primeiro ano lectivo para adquirir conhecimentos científicos contextualizados no saber e prática médicas. Adicionalmente, sempre que necessário e definido, aquela aprendizagem decorre desde o início do curso em unidades de Saúde e instituições sociais, em contacto directo com os seus utilizadores e sob a orientação de docentes, clínicos e também não médicos, embora todos com formação pedagógica adequada para o curso de Medicina.

Por idênticas razões, para que haja boa formação médica desde o 1^o ano do curso, não basta haver laboratórios, por bem equipados que estejam, nem docentes competêntíssimos em áreas próximas das ciências fundamentais, nem médicos de maior competência profissional.

É preciso mais qualquer coisa.

Para haver formação médica que aproveite ao máximo as oportunidades de um curso de seis anos (todavia curto para as exigências profissionais a alcançar, para a dimensão crescente de conhecimentos médicos e para a modelação de valores, capacidades e competências que o aluno deve possuir ao concluir o seu curso) é indispensável, pela fundamentação já dita, que os docentes tenham prazer, interesse e formação pedagógica, é necessário que haja integração dos seus saberes, vontades e experiência, além de anos de vivência institucional consolidada para o objectivo geral pretendido, que é o de formar médicos.

Por conseguinte, a tarefa equacionada há cerca de dois anos pelo grupo de trabalho que se constituiu de imediato, (com representantes da Faculdade de Medicina de Lisboa e da Universidade da Madeira), antevia-se ser de grande complexidade e risco de concretização.

Para colmatar os principais obstáculos e necessidades de ordem pedagógico-científica, acrescidos pela distância que separa o Funchal de Lisboa, foram definidos três eixos estratégicos, requerendo um importante suporte financeiro adicional por parte do Ministério da Ciência e do Ensino Superior.

A *primeira medida* a desenvolver consiste na identificação de docentes locais com capacidade conhecida e motivação para o projecto, a par com o indispensável urgente recrutamento de jovens docentes pela Universidade da Madeira os quais, durante cerca de dois anos, adquiririam formação pedagógico-científica activa junto dos regentes de cada uma das disciplinas do ciclo básico da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Esses jovens docentes iniciariam, em simultâneo com a sua actividade de ensino, projectos de investigação conducentes a uma futura graduação acadé-

mica naqueles domínios de formação, com natural e pretendida integração entre ambas as instituições. Deste modo, afigurar-se-ia assegurada na Universidade da Madeira, ao fim de quatro a cinco anos, a existência de jovens equipas académicas sincrónicas e interactivas, na formação e também na investigação, com as equipas congéneres de docentes e investigadores que integram as diversas unidades do ciclo básico da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Em *segundo lugar*, beneficiando do facto de a Faculdade de Medicina de Lisboa ser uma instituição co-fundadora de um consórcio internacional para o “Ensino da Medicina à Distância”, que se prevê iniciar a sua actividade em 2006, foi igualmente equacionada a activação da interacção telemática para o ensino do ciclo básico na Universidade da Madeira. O ensino teórico seria comum e transmitido de Lisboa; o ensino teórico-prático no Funchal seria enriquecido pela integração telemática dos alunos da Universidade da Madeira nas turmas de cada uma das disciplinas existentes em Lisboa; a aprendizagem prática teria desenvolvimento local, estando prevista uma assídua co-participação de parte a parte.

Em *terceiro lugar*, o facto de criar um contingente de alunos do ciclo básico de Medicina na Universidade da Madeira requer que a Faculdade de Medicina de Lisboa tenha também as suas capacidades funcionais, em estruturas e docentes, adaptadas a um inesperado adicional de alunos, de cujo ensino passa a ser responsável. E, embora nos primeiros dois anos do curso este novo contingente de alunos adquira a sua formação no Funchal, há que preparar desde já também o seu futuro e previsível ingresso no 3.º ano do curso em Lisboa em 2006/07.

Neste momento, gostaria de poder transmitir a Vossas Excelências que a programação preparada nos últimos dois anos foi concretizada na sua plenitude. Na realidade, porém, nenhum daqueles três eixos estratégicos teve ainda o desenvolvimento adequado. Foi, tão-só, iniciado. Nestas circunstâncias, permitam que vos sublinhe a grande preocupação sentida actualmente pela Faculdade de Medicina de Lisboa quanto ao desenvolvimento eficaz do presente projecto.

Nos seus noventa e três anos de existência a Faculdade de Medicina de Lisboa formou dezenas de milhares de médicos, em que se contam muitos e distintos clínicos madeirenses. Essa formação decorreu nas instalações da Faculdade, em Lisboa. E apesar de antes da sua criação a Faculdade ter já outros tantos anos de vivência e experiência formativa, que remontam à Escola Régia de Cirurgia de Lisboa de 1825, nunca a *Escola* se encontrou perante tamanha responsabilidade e tão exigente desafio, como são os definidos pelo protocolo hoje a celebrar.

Também se deve dizer que em todo este longo passado, sempre a Escola, depois Faculdade, pelo querer dos seus membros, soube ultrapassar obstáculos difíceis e não rejeitar os desafios que se lhe afigurassem intransponíveis.

Nesta perspectiva, fazendo jus ao espírito da missão institucional e considerando que é um dever, também patriótico, avançar contra dificuldades e promover vias de inovação com potenciais idades positivas, aqui e agora subscreverei, em nome da Faculdade de Medicina de Lisboa, o protocolo de cooperação pelo qual a nossa instituição se compromete a coordenar a formação e a assegurar o apoio pedagógico-científico ao contingente de alunos do ciclo básico de Medicina a funcionar na Universidade da Madeira, para que venham a adquirir capacidades, conhecimentos e obtenham oportunidades idênticas às dos seus colegas que estudam simultaneamente em Lisboa, com programas e metodologias idênticos.

É esse o nosso compromisso e a nossa vontade, se não faltarem os apoios governamentais indispensáveis para que o projecto se inicie e adquira irrefutável qualidade e credibilidade, académicas e profissionalizantes.

Antes de terminar permitam-me Vossas Excelências duas palavras mais.

A primeira é dirigida ao Exmo. Senhor Prof. Doutor Rúben Capela que hoje oficialmente termina o seu mandato como Reitor da Universidade da Madeira. Foi para nós, Faculdade de Medicina e para mim, pessoalmente, uma particular honra conhecer e trabalhar com Vossa Excelência para que o seu projecto, que era também um dos seus sonhos – instalar o ciclo básico do ensino médico na Universidade da Madeira – viesse a adquirir viabilidade, a crescer ao muito e valioso trabalho que concretizou e deixou como legado a esta Universidade.

O calendário oficial antecipou as metas que havíamos definido e agora encontramos-nos, subitamente, à beira do seu início. Como, por vezes, os sonhos se tornam realidade, assim faço votos para que também agora tal venha a acontecer, para sua muita satisfação. Igualmente lhe desejo os maiores sucessos científicos e pessoais no novo trajecto académico que o aguardará no futuro próximo.

A segunda palavra é uma homenagem devida, institucional e pessoal, à Exma. Senhora Dra. Conceição Estudante, Ilustre Secretária Regional dos Assuntos Sociais, pela elevada compreensão com que, desde há cerca de quatro anos, tem autorizado a que os estagiários do 6º ano da nossa Faculdade frequentem os Serviços da Saúde da Região da Madeira. Desejaria também incluir no nosso reconhecimento os Exmos. Senhores Director Regional, Director do Hospital e Directores das Unidades de Saúde e muito estimados Colegas, que nos têm dado a honra de partilhar um projecto de formação clínica de qualidade demonstrada.

Criação do Instituto de Medicina Molecular*

Excelências,
Senhoras e Senhores,

Quis o acaso que o 90^o aniversário da Faculdade ficasse assinalado por mais um momento alto para a Instituição, agora formalizado pela criação do Instituto de Medicina Molecular. É deste modo reconhecido o valor intrínseco da ciência produzida na Faculdade, incorporando cinco centros de qualidade reconhecidamente superior nela sedeados, os quais irão constituir o núcleo de cristalização para agregação sucessiva dos novos restantes centros de investigação. Por isso, que melhor ocasião senão esta, em que a Faculdade celebra um passado ilustre (iniciado há 90 anos também com um novo paradigma para o ensino médico), para a importante cerimónia que hoje e aqui tem lugar?

Que eu saiba este Laboratório Associado usufrui da particularidade de ser o primeiro a ficar instalado em instalações próprias de uma Faculdade de Medicina. É pois uma nova experiência, mas também um desafio para a instituição e para os seus membros, praticarem a gestão de recursos e de espaços comuns, numa partilha harmoniosa de interesses que se desejam convergentes.

O novo edifício, cuja conclusão e entrega da obra se prevê para o próximo mês, irá albergar a maior parte das unidades estruturais da Faculdade em que tiveram origem e estão instalados os centros de investigação agora congregados no novo Instituto de Medicina Molecular. Deste modo, no novo edifício, com a designação provisória de Instituto de Biomedicina, ficará ins-

* D – In: Revista da FML 2001; Série III, 6 (6): 321-322.

Discurso como Director da FML, na cerimónia protocolar que formalizou a criação do Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina de Lisboa, com o estatuto de Laboratório Associado do Ministério da Ciência e Tecnologia. Aula Magna da FML, 20 de Novembro de 2001. Cumprimentos dirigidos a S. Excelência o Primeiro-ministro e Ministro da Ciência e Tecnologia, Reitor da Universidade de Lisboa, e Presidentes dos Órgãos de Gestão da FML.

talada grande parte dos actuais institutos e laboratórios das ciências básicas e pré-clínicas e coexistirá, em sobreposição funcional, o conjunto de centros de investigação que dão nome e consistência ao Instituto de Medicina Molecular.

Quando há 20 anos atrás a Faculdade considerou indispensável a construção dum novo edifício para as unidades referidas e, especificadamente, proporcionar o desenvolvimento de uma investigação de alto nível, quando há cerca de 10 anos o primeiro projecto desse novo edifício tomou forma e, até, quando há 3 anos a sua construção foi iniciada, nada fazia prever que as suas paredes albergariam a realidade que hoje nasce e que, por essa forma, os sonhos e desejos dos que o conceberam se iriam concretizar com o dinamismo que se perspectiva.

De facto, tudo indica que o Instituto de Medicina Molecular, pela estratégia que o formula e pelos objectivos que indica, venha a possibilitar uma acelerada expansão do conhecimento científico e, por inerência, crie condições excepcionais para a potenciação da educação médica.

Por via desta convergência de propósitos e recursos está aberto o futuro do progresso médico com a contribuição muita activa desta Faculdade, está aberto o caminho para o enriquecimento das suas componentes biomédica e biotecnológica, nasce a certeza de uma crescente intervenção prestadora de serviços de grande qualidade e relevância para a Sociedade em que nos inserimos.

Por tudo isso, pelo que foi conseguido e pelo que nos é possibilitado, cumpre-me, em nome da Faculdade, apresentar ao Governo e ao seu máximo representante, que hoje nos honra nesta Aula Magna, o nosso profundo reconhecimento pela confiança em que consideram os nossos méritos e pelo superior apoio financeiro que deles resulta.

**Indicadores, Conceitos e Vectores de Desenvolvimento
da Faculdade de Medicina de Lisboa,
definidos entre 1994 e 2001***

1. Os sociólogos e historiadores contemporâneos não hesitam em afirmar que as modificações registadas nas últimas décadas em virtualmente todos os domínios do pensamento e da actividade humana foram mais profundas e rápidas do que as verificadas entre a Idade Média e a era Industrial Moderna. Adicionalmente, constata-se que a velocidade crescente a que estão a ocorrer aquelas alterações tende a encurtar o tempo para se prepararem novas perspectivas e as harmonizar com aplicações práticas adequadas.

Ainda que o conhecimento do passado continue a ser importante para compreender o presente, e se entenda que a memória do passado deverá fundamentar o pensamento enraizado e convicto que legitima a criatividade das mudanças apropriadas, é um *facto* que o mundo real não obedece a leis lineares nem a tendências exponenciais. A imprevisibilidade do futuro, que resulta de múltiplos componentes em interacção crítica, justifica que “*o futuro chame a incerteza*” como, propõe Edgar Morin e que, por isso, “*tenha de ser inventado*”¹.

A preparação para o futuro será, por isso, a planificação para um processo de mudança de contornos submersos, a direccionar para problemas ainda mal conhecidos ou ignorados. E, por ser ilógico pretender resolver um problema (eventualmente desconhecido) com a maneira de pensar que o originou, haverá que cuidar da resolução dos problemas que constituem o futuro com imaginação e criatividade. Para se preparar a mudança é preciso entender o seu significado, os seus eixos orientadores, os novos valores e atitudes deles resultantes e, fundamentalmente, definir um desígnio que perspective e ultrapasse a geração presente.

O desenvolvimento resultante da mudança requer a aceitação de novos

* P – In: “Programa de Desenvolvimento Estratégico da FML 1994-2001”, Série Estudos e Documentos da FML 2001, 4:ix-xvi.

¹ Edgar Morin, *Un Nouveau Commencement*, Édition du Seuil, Paris: 1991.

valores e práticas, a par com a rejeição de outros que possam retardá-lo ou impedi-lo. Citando um antigo provérbio chinês, “*se não mudarmos o rumo em que nos movemos, vamos acabar exactamente no mesmo ponto em que nos encontramos*”.

Planear para a mudança, para um desenvolvimento inovador e eficaz, requer um terreno sólido, uma missão institucional inquestionavelmente assumida, uma estrutura organizada e adaptável, lideranças experientes, colaborações sincrónicas e entusiásticas e, por fim, um conjunto humano criativo e mobilizado para enfrentar as incertezas do progresso.

Considerando que as previsões são meras extrapolações do passado no futuro, que não atendem a descontinuidades e turbulências inesperadas, justifica-se que o planeamento seja baseado em cenários e não em previsões contingentes². Neste enquadramento, o planeamento apresenta-se como um exercício analítico, eventualmente confinado a modelos de interacção, para os quais se prepara uma estratégia visando a sua concretização em resultados. Para que os novos cenários do futuro sejam enfrentados com possibilidades de êxito há que preparar uma estratégia de desenvolvimento ajustada aos objectivos institucionais e com flexibilidade de adaptação a novos problemas e situações.

A par de estruturas físicas e de modelos de gestão adequados, é de atender que o processo se baseia na circulação do conhecimento, na investigação progressiva e no aperfeiçoamento constante das aptidões conceptuais, pelo que o investimento no capital humano se apresenta como uma das prioridades fundamentais desse desenvolvimento estratégico.

A missão das Faculdades de Medicina em geral, e a da FML em particular, consiste em fornecer uma educação superior orientada para a formação médica pluripotencial dos seus alunos, preparando-os essencialmente para prestar cuidados de saúde adequados e compassivos a quem deles necessitar, a adquirirem capacidades de actualização e diferenciação contínuas, e a participar no desenvolvimento da ciência médica. Embora sejam admissíveis alterações de pormenor não se afigura que a finalidade da Medicina e o essencial da actuação médica venham a ser drasticamente diferentes dos que caracterizam a ética profissional desde as suas origens mais remotas: respeito pela pessoa humana, respeito pelo saber e recusa do lucro.

Assim sendo, o programa de desenvolvimento estratégico para o ensino médico confinar-se-ia naturalmente à melhoria das condições estruturais, humanas e metodológicas pré-existentes, e ou à introdução de recursos e modelos inovadores de actuação, adequados aos objectivos institucionais reformulados.

² Henry Mintzberg, *The Rise and Fall of Strategic Planning*, Baltimore: Prentice Hall, 1993.

O espantoso aumento de conhecimentos biomédicos registado nos últimos anos do século XX, ao contribuir para o esclarecimento de causas e mecanismos patogénicos de muitas doenças humanas, tem originado também uma verdadeira revolução científica e tecnológica com repercussões humanas e sociais profundas e imprevisíveis. Algumas das situações, resultantes directa ou indirectamente da aplicação de novos métodos de diagnóstico e terapêutica, são já (e sê-lo-ão cada vez mais) grandes problemas científicos, técnicos e morais e, por isso, relevantes desafios a resolver pelos médicos que ainda estão a iniciar o seu curso ou virão a ingressar nas Faculdades de Medicina em futuro próximo.

2. Embora a preocupação sobre a qualidade e a expansão das actividades pedagógicas e científicas tenha sido uma constante no historial da FML, que contribuíram para a sua transferência em 1954 do Campo de Santana para o novo edifício comum, previsto também para o seu novo hospital escolar de Santa Maria³, foi na década de 80 que se verificou uma primeira inquietação institucional quanto à exiguidade das instalações disponíveis para a reformulação, que já se afigurava inadiável, nas suas ciências funcionais e laboratoriais. A aprovação da construção de um edifício para as “Ciências Fisiológicas” e também para a “Medicina Preventiva” quase coincidiu com uma memorável reunião de reflexão sobre novas pedagogias de ensino médico, decorrida em 1988 em Sesimbra, largamente participada pela maioria dos professores responsáveis pelos órgãos da FML e regentes das disciplinas do currículo então em vigor.

Aquelas preocupações internas sobre a formação médica pré-graduada confluíram numa corrente mundial que atingiu o seu apogeu, meses mais tarde, na Declaração de Edimburgo⁴. Data daqui o novo ciclo de renovação do ensino médico, rapidamente expandido pelos cinco continentes, que teve na “Iniciativa de Lisboa”⁵ a oportunidade para a assunção pública das responsabilidades por governantes representativos e responsáveis pela Formação Médica e pela Saúde de dezenas de países e instituições universitárias.

Em 1994, aquando do seu III Encontro, foram propostas e debatidas as prioridades de desenvolvimento da FML. Terá sido a primeira vez em que a Faculdade definiu, de forma clara e empenhada, uma estratégia consensual,

³ J. Celestino da Costa, “A geração de 1911. Origens, realizações e destinos”, In: *O Ensino Médico em Lisboa no Início do Século. Sete Artistas Contemporâneos Evocam a Geração de 1911*, Lisboa: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, 1999, pp. 43-76.

⁴ Edinburgh Declaration, World Conference on Medical Education, Edinburgh, August 1988, (endorsed by resolution 42.38, 19 May 1989, World Health Assembly).

⁵ Ministerial Consultation for Medical Education in Europe, Lisbon 31 October-3 November 1988 (in *Medical Education* 1989, 23:206-208).

não só para a activação do novo plano curricular previsto para se iniciar um ano mais tarde mas, sobretudo, para o futuro da investigação biomédica e para os grandes objectivos institucionais.

Com aquele propósito, houve que preparar estruturas e processos que sustentassem os eixos do desenvolvimento definidos. À medida que essas primeiras bases de sustentação eram criadas, foi activado um complexo programa de renovação curricular que veio a abranger o 6^o ano do curso da licenciatura, no ano lectivo de 2000-2001, com um estágio clínico inovador, inteiramente prático, decorrendo em dezenas de unidades clínicas hospitalares e comunitárias. Houve que expandir a biblioteca nas suas áreas e conteúdos, criando locais para aquisição de conhecimento e estudo, enriquecidos com livros e documentações em suporte de papel e informático. Simultaneamente, a formação pré-graduada adquiriu mais destaque, visando a disponibilização de acções de curta duração (para actualização, especialização e/ou formação contínua) e o incremento de cursos de graduação universitária. É aqui de destacar a criação de um curso de Mestrado em Educação Médica, promovido em associação com a Universidade de Wales, e cujos participantes, membros da FML, vieram a desempenhar um papel activo em fases posteriores da renovação curricular e nos primeiros cursos de formação de formadores para docentes da FML.

Para que o novo programa curricular tivesse, desde o início, uma significativa impregnação pela ciência, foram criadas condições não só para uma prática educacional efectiva, com actividades de investigação diversificadas, mas ainda para a participação dos alunos em projectos de investigação em que estivessem particularmente interessados.

Não se podem ignorar as muitas e diversificadas dificuldades verificadas ao longo do período de renovação curricular. Entre um currículo radicalmente distinto do tradicional, mais conforme às novas pedagogias da aprendizagem por problemas e a modificação progressiva do plano curricular, foi preferida esta última opção, por se afigurar a mais viável e segura, considerados os meios estruturais e humanos então disponíveis.

Com a extinção do Instituto Nacional de Investigação Científica e a subsequente transferência dos seus Centros, primeiro para a Junta Nacional de Investigação Científica⁶ e depois para as Universidades e respectivas unidades orgânicas⁷, houve que adequar funcionalidades e responsabilidades, nem sempre esclarecidas ou aceites inquestionavelmente. A transferência

⁶ Decreto-Lei n.º 188/92 publicado no *Diário da República*, I Série-a, n.º 197, de 27 de Agosto de 1992, pp. 4138-4139, (Extingue o Instituto Nacional de Investigação Científica).

⁷ Despacho Reitoral de 12 de Outubro de 1992, publicado no *Diário da República*, 11 Série, n.º 277, de 30 de Novembro de 1992, pp. 11376, (Integração dos Centros de Investigação do INIC na Universidade de Lisboa).

final dos Centros ex-INIC pré-existentes na FML para a responsabilidade directa desta instituição decorreu a par com um novo modelo de funcionamento científico e de gestão, que recaiu por inteiro na Faculdade. A reconhecida rigidez da gestão da contabilidade pública, impeditiva do normal desenvolvimento das actividades de investigação científica, em particular nos processos que exigem grande flexibilidade e rapidez de actuação, requereu a reorganização dos mecanismos internos e a celebração de protocolos de apoio que garantissem os desempenhos a vários níveis.

Paralelamente, tendo as normas da contabilidade pública evoluído para um sistema informatizado exigente de grande rigor de execução, houve que providenciar na formação de pessoal e na progressiva renovação dos procedimentos administrativos, dotando os serviços de equipamento e programas recomendados. A aplicação da informática aos outros domínios administrativos seguiu um trajecto paralelo ao dos processos financeiros, em ambos os casos com grande dificuldade de aceitação e implantação prática numa instituição ainda impreparada para os novos modelos de gestão.

Os equipamentos, programas e rede informática progressivamente instalados nos serviços directivos, administrativos e unidades nucleares da FML têm consumido vultuosos recursos e capacidades, materiais e humanos. Os fornecedores no mercado nacional também não possibilitaram a sua instalação regular e de acordo com o projecto definido. Houve que aglutinar pessoal técnico e competências que racionalizasse um projecto de *Mednet* a ser inaugurado durante o ano de 2001. Apesar de o percurso ter sido longo, difícil e dispendioso, é claramente o caminho indispensável para o progresso definido e sustentado na gestão, no ensino, na investigação e na intercomunicação em que a FML esteja ou venha a estar interessada ou integrada. O natural relacionamento com os alunos, docentes e colaboradores da FML no local ou à distância, o intercâmbio pedagógico, científico e cultural com as instituições e comunidades médicas de expressão portuguesa e o desenvolvimento das relações de trabalho internacionais (suscitadas pelos programas comunitários e acordos de cooperação em que a Faculdade está envolvida) acentuam a dependência de um suporte telemático que, sendo inexistente em 1994, foi desde então projectado e activado.

A par da expansão da Biblioteca, tem sido apoiado e redimensionado o apoio editorial que veio a originar uma Revista bimestral de qualidade e difusão muito alargada, uma Agenda informativa quinzenal e uma política de publicação sistemática de documentos directivos, normativos e históricos que representam a imagem da FML actual.

A gestão dos recursos humanos adquiriu particular relevância, quer na avaliação da competência profissional do pessoal não docente quer na racionalização equilibrada entre encargos assumidos e a melhoria das condições funcionais e tecnológicas conseguidas. Foi instituída uma política de auto-

-avaliação continuada da FML, iniciada em 1994 e planificada com periodicidade trienal desde 1995. No mesmo período, foi a FML visitada por três Comissões de avaliação externa, a primeira das quais em finais de 1997 (por iniciativa da Instituição), a segunda em 1998, promovida através da Comissão de Avaliação das Faculdades de Medicina Nacionais, e a última em Fevereiro de 2001, no âmbito do Grupo de Missão em Saúde. Adicionalmente, também em 1998, a FML recebeu uma auditoria global integrada no programa de avaliação externa de todas as unidades orgânicas da Universidade de Lisboa, sendo os seus Centros de Investigação apreciados por duas vezes (em 1996 e 1999) por Comissões externas designadas pelo Ministério da Ciência. Todos os relatórios das Comissões externas apreciaram muito favoravelmente os desempenhos da FML, sendo legítimo concluir que a política de qualidade iniciada pela instituição em 1994 segue um caminho certo e ascendente.

Finalmente, a expansão da área física da FML no edifício já em construção, a inadiável recuperação das áreas que tem ocupado e onde se localizam as suas unidades estruturais, a organização e o desenvolvimento de concursos públicos (para construção, reinstalação, recuperação, manutenção e reapetrechamento), a centralização (numa mesma unidade) dos processos de aquisição, manutenção do equipamento informático e organização da rede de intercomunicação telemática, a prestação de apoio audiovisual, a organização e realização de avaliação interna, entre outras, tornaram-se actividades complexas a requerer uma organização eficaz e vital, como suporte de toda a instituição. No seu conjunto, as actividades referidas têm criado sucessivas e crescentes exigências em recursos e apoios de toda a espécie, muitos dos quais não existiam e para os quais não havia experiência interna nem estavam previstos no enquadramento orgânico da FML. Também as questões de ordem jurídica e ética adquiriram peso crescente; tornou-se imperiosa uma maior repartição de responsabilidades na gestão das unidades estruturais.

A evidência que se retira do enquadramento estrutural e dinâmico em que se insere a FML (e qualquer outra instituição pública de ensino universitário) não deixa dúvidas de que os (profundos) constrangimentos que afectam a formação (e também a assistência) médica continuarão insolúveis enquanto as instituições que por ela são directamente responsáveis não beneficiarem de directrizes administrativas, de incentivos adequados e, sobretudo, de modelos funcionais mais flexíveis e perspectivados para uma realidade de interacção individual e institucional.

Nas actuais circunstâncias haverá que adequar o modelo funcional aos constrangimentos do sistema de administração pública vigente, sem perda da sua consistência global e da coerência de princípios e processos. Progressivamente, haverá que criar condições para a definição de níveis intermédios de gestão administrativa e técnica, indispensáveis à modernização de proces-

tos e adequação institucional às novas tecnologias, designadamente da informação e da comunicação. Neste contexto é indispensável prosseguir com acções de valorização do pessoal existente e recorrer à admissão de técnicos superiores com formação diversificada para os requisitos definidos.

Pelas razões aduzidas, justifica-se também uma modificação profunda ao Estatuto da Carreira Docente Universitária (em particular na sua aplicação ao ensino médico pelo art. 105^o), da legislação que regula o funcionamento da instituição universitária e a substituição dos múltiplos decretos e portarias conjuntas dos Ministros da Educação e da Saúde por um quadro legal que conceda à formação médica universitária prerrogativas, estruturais e funcionais, há muito reclamadas.

A fim de analisar os objectivos institucionais em desenvolvimento e os que é legítimo prever num futuro próximo, não só por iniciativa intrínseca mas também por determinação externa (resultante da extrema carência de médicos e de outros profissionais de saúde a nível nacional e, ainda, da profunda modificação dos processos de formação e de actuação médicas, subsequentes ao progresso tecnológico e científico), entendeu a Faculdade promover duas reuniões de reflexão alargada, que decorreram em 1999 e 2000. O produto desse trabalho foi exaustivamente debatido e veio a originar relatórios e textos de opinião, que acrescem a outros estudos entretanto publicados na Revista da FML.

Na Parte I são reunidos os principais indicadores institucionais disponíveis que caracterizam a Faculdade de Medicina de Lisboa entre os anos de 1994 e 2001. Na Parte II são incluídos os textos com perspectivas sobre a estrutura, funcionalidade e outras contribuições elaboradas, apresentadas e publicadas internamente naquele período por alguns dos seus docentes. Na Parte III, são inseridos os projectos e programas de desenvolvimento que, sendo fundamentados naquelas realidades e conceptualização, foram entretanto propostos para aprovação e financiamento. Em Anexo são ainda incluídos alguns aspectos mais específicos dos projectos estruturais apresentados. O conjunto desses artigos, coligido neste volume, dá sinal da inquietação construtiva de uma instituição que pretende iniciar o novo século com determinação e a vontade firme de enfrentar o futuro com eficácia.

Os Primeiros Onze Anos da História da AIDFM*

Nos últimos anos, começou a assistir-se a uma progressiva mudança conjuntural, quando o Governo tomou a iniciativa de estimular a criação de parcerias entre instituições públicas e privadas, visando uma melhor actuação por objectivos concretos. Em futuro próximo poder-se-á verificar a justiça e profundidade das intenções agora anunciadas.

Todavia, não oferece dúvidas de que as modificações em curso estão a ser sentidas por todas as partes envolvidas como o caminho certo para aproximar o País da União Europeia. No que respeita às instituições universitárias e, em particular, às Faculdades de Medicina, é vital que a flexibilidade funcional seja conseguida de modo a que o fluxo de conhecimentos, a criação da ciência e a prestação de serviços à comunidade decorram com eficácia e sem delongas.

Em finais da década de oitenta, alguns anos após a integração de Portugal na Comunidade dos Estados Europeus, eram ainda muito raras as iniciativas nacionais visando procedimentos mais flexíveis e uma melhor utilização de recursos para fins educacionais, científicos, tecnológicos e sociais. A associação Universidade-Empresa não passava de palavras no papel, onde rareavam exemplos modelares.

Nessa perspectiva, no princípio do meu mandado como subdirector, em meados de 1992, propus ao então Director da Faculdade, Senhor Prof. Doutor Torres Pereira, a criação de uma estrutura de modelo empresarial destinada a apoiar essencialmente o desenvolvimento das actividades de formação pós-graduada, de investigação e de apoio genérico aquela instituição.

Considerando que os Estatutos permitiam à Faculdade participar na criação de estruturas privadas, a proposta foi aprovada e dela resultou, em 1993, a *Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina* (AIDFM), que veio a ser activada, na prática, somente em 1995.

Anos volvidos, podemos afirmar que a AIDFM permitiu ultrapassar muitos daqueles obstáculos, indo ao encontro dos objectivos a que se propunha.

* P – In: AIDFM 2004: v-vi.

O texto que se segue explicita o trabalho da AIDFM em prol da FML, no período de 1993 a 2004. Desse trabalho resultou que, em 2000, o Governo tivesse reconhecido a AIDFM como Pessoa Colectiva de Utilidade Pública. Porém, o que o texto não explicita é o facto de aquelas actividades terem sido concretizadas por um número reduzidíssimo de colaboradores contratados, que tinham, e têm, como local de trabalho instalações minúsculas e precárias, por vezes enfrentando dificuldades imprevisíveis. No entanto, o essencial sempre esteve presente: uma grande dedicação do pessoal, um espírito de colaboração insubstituível, e uma vontade de bem servir. Cabe destacar a coordenação assegurada pela Senhora Dra. Luísa Caetano desde a primeira hora de funcionamento da AIDFM, junto com o trabalho eficaz do funcionário Senhor Paulo Sousa, bem como dos restantes colaboradores mais recentes.

Progressivamente, a AIDFM reforçou-se no apoio contabilístico, na assessoria jurídica e na gestão económico-financeira. A adaptação da gestão manual para os procedimentos informáticos revelou-se mais complexa do que se previa mas acabou por ser concretizada. Algumas correcções administrativas são ainda requeridas mas o sistema está instalado e funcional.

Por tudo, a direcção cessante, dos quais alguns dos actuais membros foram reeleitos sucessivamente em biénios anteriores, não pode deixar de orgulhar-se pelos resultados alcançados.

Por isso, em nome próprio e do Vice-presidente desde a primeira hora, Prof. Doutor A. Bugalho de Almeida e restantes membros da Direcção e dos Órgãos Sociais que também cessam mandato, designadamente, pelo Presidente da Assembleia-Geral, Prof. Doutor A. Diniz da Gama e Presidente do Conselho Fiscal, Prof. Doutor A. Castro Caldas, desejamos à nova direcção e a todos os membros a continuação e engrandecimento da actividade meritória e de bons serviços de utilidade pública, que têm sido o objectivo primordial da AIDFM.

(Lisboa, AIDFM, 14 de Junho de 2004)

V – FORMAÇÃO MÉDICA CONTÍNUA

**O Comentário do Comentário.
Sinal de uma Crise de Educação Pós-Graduada?***

Um trabalho científico não está completo enquanto não for publicado. Isto não implica que todos os trabalhos sejam publicáveis ou que o sejam de imediato. É plenamente justificável que os trabalhos, concluídos ou em fase preliminar sejam apresentados em reuniões científicas para os autores receberem críticas e apoios dos seus pares. A troca de experiências pessoais é uma fonte insubstituível para o maior rigor e a melhor qualidade dos resultados que geram o progresso.

A troca de experiências, bem como a apreciação e a crítica dos resultados experimentais apresentados têm habitualmente lugar no período de debate que se segue à comunicação.

Lamentavelmente, porém o significado e a importância da discussão são com frequência minimizados por vários motivos: ou por os prelectores excederem os seus tempos de exposição, ou por o programa da reunião ter atrasos que a organização procura solucionar à custa de tempos (que considera) *mortos* ou também por não haver quem faça perguntas ou apresente críticas. É frequente que sejam os moderadores da mesa os únicos a levantar questões, na generalidade por simples formalidade e, como tal sem relevância para o assunto V qualquer contributo para o trabalho.

Razões para isso haverá diversas. Por vezes, as comunicações que preenchem uma dada reunião abrangem temas de tal forma distintos que não há diálogo possível. Também poderá suceder que a audiência não tenha conhecimentos adequados para interferir ainda que esteja (ou julgue estar) interessada no assunto, na sua generalidade. Outras vezes, e por via de um encadeamento exaustivo das sessões, deixa de haver resistência e capacidade intelectual para discutir os temas apresentados. Todavia, a ausência de discussão também poderá ser fruto da virtual inexistência da audiência; não é raro que a assistir às comunicações livres (e até a conferências!) estejam apenas os seus autores e os moderadores das sessões.

* OC – Acta Méd. Port. 1991; 4:106.

Entretanto, nas reuniões nacionais tomou-se comum uma forma peculiar de intervenção no debate por parte de alguma assistência, em geral a mais diferenciada. Assim, após a apresentação do tema, o prelector vê-se confrontado com um comentário, não com uma pergunta. Com frequência esse comentário, que se reporta a experiências e/ou convicções pessoais sobre o mesmo assunto (ou similar), dura quase tanto como a apresentação em debate e nem suscita qualquer resposta. Com frequência, também a mesa não intervém, limitando-se a dar a palavra ao seguinte membro da assistência. E este (e por vezes o ou os próximos intervenientes) também não faz qualquer pergunta! Comentam o que acaba de ser comentado ou apresentam outro comentário igual ou do mesmo teor sobre o assunto, quando não fazem mini-revisões bibliográficas demonstrativas da erudição científica, conhecimentos e outros predicados respeitáveis.

Todavia, perguntas, críticas ou comparações de resultados concretos, objectivados para o que acabou de ser apresentado e está em discussão, não aparecem!

Haverá sérias razões para admitir que as particularidades aqui referidas, de que se revestem as discussões nas reuniões científicas nacionais, mais não sejam do que o reflexo da crise em que se encontra o sistema de educação e actualização pós-graduadas. A inexistência ou falta de participação nas acções de formação pós-graduada e educação contínua, a insuficiência de acções de reciclagem dirigida sobre os novos conhecimentos científicos e aplicações daí resultantes, exemplificam situações – tipo infelizmente ainda muito comuns entre nós.

A acção formativa que se impõe, equivalente à que vigora na área médica há largos anos em outras latitudes e, mesmo em Portugal no sector tecnológico, tem um lugar próprio, a integrar nos esquemas de especialização médica e a creditar para efeitos de continuidade e valorização da actividade profissional.

O Excesso de Reuniões Médicas e a Falta de uma Educação Médica Contínua Planificada*

A proliferação das reuniões médicas no País é um facto do conhecimento comum, particularmente evidente desde a década de 80. A generalidade dessas reuniões tem sido organizada por estruturas nacionais; maioritariamente, destinam-se a médicos portugueses. Uma fracção diminuta permite, ou incentiva, a participação de estudantes de Medicina e de outros profissionais da área da Saúde.

Tão exuberante manifestação de actividade seria indubitavelmente salutar se, na sua génese e continuidade, não subsistissem algumas dúvidas sobre os objectivos e/ou conflitos de oportunidade e potencialidades dessas realizações.

Numa perspectiva geral é admissível que as reuniões em causa tenham como objectivo essencial a reciclagem e/ou a promoção de novos conhecimentos. Tendo em conta as designações que lhes são mais frequentemente atribuídas pelas respectivas organizações (Cursos, Conferências, Jornadas, Simpósios, Seminários, Encontros e Congressos), essas reuniões privilegiam iniciativas com cabimento aparente na Educação Médica Contínua (EMC). A reforçar esta convicção, a maioria das reuniões é habitualmente presidida por um docente universitário ou individualidade médica idónea. Isto não implica, porém, que as entidades promotoras das reuniões sejam as Faculdades de Medicina. Na realidade, a organização de grande maioria dessas reuniões está a cargo de múltiplas entidades, em que se destacam sociedades científicas, serviços hospitalares, centros de saúde, indústria farmacêutica e, inclusivamente, entidades particulares que se atribuem pretensiosamente, a si mesmas, responsabilidades insubstituíveis na EMC.

Todavia, a dispersão organizativa, que caracteriza aquelas reuniões atesta a (incompreensível) inexistência de qualquer planificação global. Aparte alguns (escassos) encontros tradicionais em datas certas, a generalidade tem lugar nos dias que, segundo as perspectivas dos organizadores, serão os mais convenientes para as “sua” reuniões. Por vezes, são programadas em datas

* A – In: Revista da Ordem dos Médicos, 1991; Junho, 8-9.

próximas acções da mesma área ou especialidade médica, que (para cúmulo) poderão incluir prelectores comuns e ter temas similares.

Entretanto, é de realçar o grande esforço e muito empenho pessoal exigido às Comissões Organizadoras de qualquer destas actividades. Perante tão manifesto desacerto e redundâncias ocasionais (de energias e assuntos) há que definir o objectivo real dessas acções médicas. Igualmente, há que equacionar a sua utilidade sistemática, em termos de formação contínua dos médicos portugueses.

Uma das razões para duvidar da eficácia dessas acções prende-se com a audiência. De facto, a abundância de reuniões médicas não significa quantidade e variedade (equivalentes) de participantes. Há os que participam em quase tudo, assim como há (é sabido) os que nunca vão a essas reuniões. A participação é voluntária, errática e talvez condicionada por motivos circunstanciais de natureza social e/ou interesses profissionais do momento.

Em segundo lugar, a EMC é (ainda) apenas uma designação quase simbólica, sem representatividade real na valorização dos médicos portugueses. Num plano simplista, poder-se-á dizer que a participação nas reuniões médicas em referência não credita (ainda) aos participantes benefícios ou vantagens claras quanto à carreira profissional. Isto é, aquelas reuniões não têm por objectivo avaliar e reafirmar competências médicas indispensáveis ao prosseguimento de actividades, não visam também atribuir critérios de valorização influentes na progressão profissional. Quanto muito, as vantagens colhidas pelos participantes são de natureza informativa. Ressalvam-se daqui os congressos e reuniões de sociedades científicas, em que, pela apresentação de resultados de investigação, é promovida a divulgação das actividades criativas de indivíduos ou grupos de trabalho.

As reuniões das sociedades científicas constituem também ocasiões especiais para que grupos homogéneos, que partilham interesses científicos (e profissionais) comuns, possam rever-se e conviver socialmente com regularidade.

Em terceiro lugar, a EMC não é promovida por quem quer mas por quem pode e deve. A transmissão das informações e dos conhecimentos científicos tem (e deverá continuar a ter) critérios definidos, na salvaguarda do rigor e da eficácia.

Há organismos com obrigações naturais e que são insubstituíveis na EMC, como é o caso das Faculdades de Medicina, os Centros Hospitalares, a Ordem dos Médicos e as Sociedades Científicas de diversas áreas. Obviamente, são distintos os meios de acção e as responsabilidades que cabem a cada uma daquelas entidades nas acções de formação pós-graduada e contínua. Todavia, também aqui, os esquemas da EMC são insuficientes e descoordenados. Esta será a razão primordial para que tão díspares organismos e individualidades tomem a iniciativa de promover reuniões médicas entre nós.

Tomando como exemplo o calendário das reuniões divulgadas recentemente por um jornal noticioso distribuído na área médica, apenas em dois meses (Abril e Maio de 1991) estavam programadas 47 reuniões. Até ao fim do ano estavam previstas outras 30, incluindo uma época (Julho e Verão) em que tradicionalmente não se realizam actividades deste tipo.

Entre 35% e 50% das reuniões anunciadas (para os últimos 8 meses de 1991) teriam lugar em Lisboa. Em conjunto, mais de 50% de todas as reuniões estavam circunscritas nas cidades (Lisboa, Porto, Coimbra) em que existem Faculdades de Medicina.

A agenda em referência não incluía seguramente todas as reuniões semelhantes previstas até ao fim do ano e que, por motivos aleatórios, não foram noticiadas. A análise apresentada na Tabela 1 deverá ser assim entendida como uma amostragem, contudo representativa da nossa realidade actual.

Tabela 1 – Amostragem do total de reuniões médicas previstas para 4 meses de 1991, respectiva duração e dias de ocupação total em cada mês; os cursos constituem uma das modalidades das reuniões programadas.

Mês	Reuniões				Cursos	
	Total/mês	Dias do mês com reuniões	Duração média (dias)	Sub-total	% do total de reuniões	Duração média (dias)
Abril	18	26	2,5	5	27,8	3,2
Maio	29	22	2,5	3	10,4	2
Junho	10	23	3,5	3	30,0	7,7*
Outubro	10	16	2,4	2	20,0	2,5

* A média é falseada pela duração (18 dias) de um dos Cursos.

Através destes dados, circunscritos apenas aos meses mais preenchidos com reuniões, é possível constatar algumas características comuns:

- Grande parte dos dias de cada mês está ocupada com reuniões médicas.
- Cada reunião dura 2 a 3 dias em média, havendo sobreposição frequente de datas e repetição temática invulgar.
- Os Cursos abrangiam 10% a 30% do total de reuniões, e apresentavam escolaridades genericamente semelhantes.

A EMC é um assunto sério, que requer a definição clara dos princípios, a partilha e responsabilidade e soluções próximas. Cândido de Oliveira acentuava em 1966 (1) que “*só pode levar-se a cabo um verdadeiro ensino integrado de pós-graduação sob a égide da Universidade*”, acrescentando mais adiante “*...que, se todos quisermos, será possível o milagre de em breve vermos crescer à sombra da nossa Universidade aquelas Escolas de Medi-*

cina Pós-Graduada de elevada craveira que darão plena recompensa intelectual aos médicos desejosos de se melhorar". Carlos Ribeiro, em nota de opinião recente (2), acentua a necessidade de um "*Ensino Médico Pós-Graduado em Portugal para que no futuro ele deixe de ser uma manta de retalhos e possa vir a ter um figurino nacional programado, ordenado por objectivos, contemplando o domínio do cognitivo, dos gestos e das atitudes na formação dos eventuais discentes, previamente seleccionados e classificados*", e sugere a definição de um Programa Nacional de Estudos Médicos Pós-Graduados.

Na realidade, o actual conjunto de conhecimentos que fundamentam a ciência e a prática da Medicina, assim como a renovação constante desses conceitos, em crescimento quase geométrico, constituem razões suficientes para que a EMC venha a ser instituída com enquadramento idóneo e exigência irrecusável. O risco de desactualização que recai sobre os médicos justificará, talvez num futuro não distante, a "renovação da carta" de licenciatura em Medicina. A renovação e actualização dos conhecimentos e práticas através da EMC, devidamente institucionalizada, serão medidas insubstituíveis e indispensáveis, sem confusão possível com o "terreno baldio" e ocupado *ad hoc* em que se transformou o actual calendário de reuniões médicas nacionais.

Num quadro de objectivos e regras definidas será possível distinguir o que são reuniões promocionais (ou empresariais) das que se perfilam no quadro da Educação Médica Contínua. Ambos os tipos continuarão a coexistir, certamente. Todavia, a clarificação resultante fará ressaltar o significado e interesse da EMC na valorização curricular, com implicações directas na melhoria de qualidade dos cuidados clínicos no progresso da ciência médica. As motivações pessoais (com destaque para a aquisição de maiores conhecimentos ou como resposta à pressão do meio clínico) serão sempre factores determinantes para o êxito das actividades de pós-graduação médica.

Neste contexto, a proliferação de reuniões médicas, como as que preenchem os calendários dos anos mais recentes e actual, não se afigura a solução mais adequada à prossecução de uma Medicina de qualidade superior e actualizada de que todos, Instituições e Indivíduos, se afirmam defensores.

Bibliografia

1. Cândido de Oliveira J – A Universidade e a Educação Médica. Medicina Univ. 10:17-31, 1967.
2. Ribeiro C – Implantação do ensino pós-graduação em Portugal. Revista do Interno 4:217-219, 1990.

Dilemas da Interdisciplinaridade*

É comum haver reuniões médicas com objectivos e estruturação vincadamente multidisciplinares. As razões para tal são diversas, de que se salientam fundamentalmente duas. A primeira é de foro científico, justificado por não haver temas médicos, no presente, que se possam considerar estanques; é fácil congregiar facetas aparentemente díspares num mesmo objectivo, que a organização considere lógico e aliciante para a audiência a que se dirige. A segunda tem razões mais triviais, mas não menos importantes, que se resumem a garantir uma sala cheia de participantes interessados pela junção de especialidades diferentes; por vezes esta estratégia dá resultados animadores, garantindo audiências atentas que encham de júbilo os prelectores – que assim têm quem os escute – bem como os organizadores, que se vêem compensados pelo esforço dispendido nos meses de angústia que antecedem o “dia D”.

Todavia, não se estará longe de a verdade afirmar que aquelas ocasiões “apoteóticas”, com salas cheias de médicos interessados, num congresso transbordante de inscrições, são progressivamente mais raras e limitadas em número. Esses grandes momentos estão actualmente quase restringidos às reuniões promovidas por (algumas) associações científicas centradas em especialidades médicas, e às suscitadas pela indústria farmacêutica (de duração muito mais curta que aquelas, mas também muito mais frequentes) como apoio a um novo produto.

Um e outras têm um denominador comum, que consiste na objectivação pragmática de atitudes profissionais concretas, na generalidade já consolidadas. As dificuldades são notórias, porém, quando a mensagem a transmitir tem fundamentos novos e, por isso, requer uma introdução básica mais acentuada. A multidisciplinaridade científica, aqui indispensável, corre o risco de soçobrar pelo alheamento da assistência, eventualmente desmotivada das considerações teóricas que não estejam de imediato conotadas à clínica ou a novas perícias tecnológicas aplicáveis por cada participante interessado.

Einstein afirmou um dia que “*o que é simples não pode ser mais simpli-*

* NE – In: Boletim da SPH 1992; 22:1, 12.

ficado". Extrapolando para o assunto em referência, poderá significar que mais abaixo de determinado nível não é possível transmitir os fundamentos científicos senão como informação noticiosa. Daí o dilema que os organizadores daquele tipo de reuniões bem conhecem, para conseguirem equilibrar o conteúdo pragmático das reuniões com as bases de uma novidade que pretendem difundir.

Os organizadores de reuniões não incluídas nos dois grupos acima referidos têm outros problemas, igualmente críticos mas, em geral, com reflexos muito mais negativos no sucesso do empreendimento científico.

É sabido que as reuniões médicas que não se baseiem num grupo profissional específico e/ou que incidam em áreas com projecção clínica mais difusa perdem grande parte do seu impacto em termos de participação médica. Ressalvam-se daqui reuniões muito curtas, em que poderá ser relativamente fácil juntar audiências atentas e numerosas. De outro modo, os participantes escolhem os subtemas ou assuntos que mais lhe interessam ou, no caso de serem prelectores, estão presentes unicamente, ou quase, enquanto intervêm, abandonando de seguida a reunião.

Na perspectiva interdisciplinar, este tipo de actuação toma-se perfeitamente desastrosa. O perito em determinado tema dificilmente se encontra com os especialistas de áreas afins, o que impossibilita o debate entre ângulos distintos da intervenção ou, inclusivamente, a aquisição de novas experiências provenientes de outros campos. Estes objectivos que consubstanciam, afinal, os das reuniões multidisciplinares, acabam por ser frustrados pela falta de disponibilidade, de interesse e/ou de solidariedade científica, frequentes entre os participantes inscritos e convidados.

A VI Reunião organizada pela SPH¹ em Novembro de 1991 teve como objectivo fundamental atrair os grupos nacionais com trabalhos desenvolvidos no âmbito da hemorreologia, deste modo privilegiando o debate específico intensivo, a desfavor da comunicação para audiências mais ou menos alheias ao assunto. Nesta perspectiva, a VI Reunião foi um êxito científico. Os poucos grupos existentes em Portugal que têm trabalho original estiveram representados e activamente dialogantes.

Todavia, numa panorâmica mais lata, a VI Reunião exemplificou com rigor o dilema das realizações que se baseiam mais na multidisciplinaridade do que na concentração pragmática de objectivos médicos, sejam estes a obtenção de créditos (burocráticos) favoráveis à promoção nas carreiras ou à aprendizagem directa de práticas com utilidade imediata.

A interdisciplinaridade na área médica em Portugal pouco mais é, no presente, do que uma palavra cheia de significados irrealistas, senão mesmo de ambiguidades por conveniência.

¹ SPH – Sociedade Portuguesa de Hemorreologia.

A ciência médica dificilmente progredirá sem o cimento da contribuição conjunta de áreas básicas e clínicas diversas. Será igualmente fantasioso admitir utilidade científica às reuniões médicas que não assegurem a participação plena de intervenientes com formação complementar.

Para que o progresso seja uma realidade, haverá que reformular atitudes individuais perante a importância da educação médica contínua, suscitando a disponibilidade de espírito e de tempo para a aprendizagem de assuntos novos, e para o reajustamento de conhecimentos anteriores. Paralelamente, haverá que criar condições para que a actualização desses conhecimentos possa reflectir-se com eficácia e oportunidade nas actividades clínicas subsequentes. A creditação de novas capacidades não deverá restringir-se a um benefício pessoal, intransmissível ou meramente administrativo, mas reflectir uma exigência social pela actualização permanente.

Nesse futuro terá deixado de haver dúvidas sobre o peso relativo da ciência básica e da componente clínica nas reuniões de carácter científico organizadas pelas associações médicas. A multidisciplinaridade da ciência médica terá sido reconhecida como a via indispensável ao progresso da prática clínica e da prevenção da doença, as quais passam necessariamente pela educação contínua eficaz dos médicos intervenientes.

**A “Balcanização” das Áreas Científicas
e das Especialidades Médicas.
Um Mal Necessário ou uma Situação a Evitar?***

Com o aumento do conhecimento científico assiste-se também à diferenciação de áreas aparentemente homogêneas em secções mais específicas. Esta evolução tem sido particularmente notada nas Ciências Médicas, estando na origem de dois efeitos principais. Num, o avanço científico e tecnológico vem justificando a definição de especialidades, sub-especialidades e competências de âmbito clínico progressivamente mais complexo. A outra inerência caracteriza-se pela criação de associações científicas, na maioria fundamentadas em *praxis* médicas bem definidas.

Ambos os tipos de consequências são naturais e legítimos. De certo modo, são justificadas por especificidades conceptuais e metodológicas e/ou gestuais que requerem ambiências e linguagens próprias. Todavia, nas suas raízes existem também motivos menos elevados que, sem esforço, se podem atribuir a fraquezas inerentes à natureza humana.

Desmond Morris, em “O Macaco Nú”, atribuía a proliferação de grupos e sociedades cada vez mais especializadas a uma ânsia de domínio de espaços próprios por indivíduos vocacionados para a liderança. Diversos exemplos de conhecimento comum, incluídos na história da evolução humana, confirmam aquela explicação. Como alguém já disse, “*todos querem ser príncipes do seu próprio domínio*”.

A terminologia é um dos instrumentos mais utilizados no exercício do poder, quer individual ou colectivo, por determinado domínio. O uso de nomenclatura própria alimenta o secretismo e reforça o isolamento (desejado) de quem a usa.

Leonardo da Vinci para esconder as suas observações escrevia-as pela imagem reflectida num espelho. Os médicos utilizam termos que aqueles que não são médicos na generalidade desconhecem. Do mesmo modo, a linguagem dos astrofísicos ou os símbolos utilizados pelos químicos são dificilmente

* NE – In: Boletim da SPH 1992; 25:1, 16.

inteligíveis pelos estranhos. Ressalvando vagos lugares-comuns e monossílabos para preencher o tempo, um encontro de especialistas de áreas diferentes que nunca se tenham encontrado antes poderá constituir um fracasso social.

No seu conjunto, seja por razões (justificáveis) de diferenciação do conhecimento científico ou por motivos pseudo-científicos, a fragmentação de campos de investigação ou da prática médicas ergue barreiras de impenetrabilidade crescente. O separatismo e alienação (recíprocas) entre sectores restritos são riscos inevitáveis. Serão, porém, consequências desejáveis? Julgo que não.

O progresso verdadeiro das ciências médicas, em todas as potencialidades, não passa necessariamente pelo acantonamento de cada uma das partes em sectores isolados. A evolução consistente é indissociável da multidisciplinaridade da Ciência, que a unifica na coerência de conceitos complementares. Embora cada paradigma ou as novas perspectivas derivem (usualmente), de uma inspiração individual em determinado assunto, o desenvolvimento, os resultados finais e as consequências plenas dessas descobertas são consolidadas por (múltiplas) equipas multidisciplinares. O estudo das ciências médicas estaria decerto muito aquém do presente se os génios tivessem explorado sozinhos as suas descobertas.

O que se passa actualmente poderá ter justificação económica. Porém, por este caminho, talvez não tarde o dia em que seja mais fácil encontrar um médico especialista com perícia num dado aparelho, do que um generalista apto a interpretar os resultados desse e doutros equipamentos, além de saber ouvir as queixas dos doentes e dar-lhes solução clínica.

No campo das associações científicas, a tendência, ainda que menos acentuada, segue idêntico rumo. O aumento da especialização reflecte-se na multiplicação de grupos de trabalho, de jornais científicos e de simpósios com temáticas progressivamente mais restritas. Daqui resulta um aumento da terminologia, abreviaturas e acrónimos que, exceptuando alguns “eleitos”, tornam incompreensível o assunto pelos investigadores ou clínicos de outras áreas.

Entre nós, também se multiplicaram os sinais de fragmentação das áreas científicas que se acreditava serem sobreponíveis, sem benefícios evidentes. Pelo que se antevê da experiência alheia, terá chegada a hora para arrear caminho, para dizer *não* à dissociação e para procurar soluções mais aglutinadoras.

No que se refere ao estudo das interacções sangue-vasos, que constitui um dos objectivos da nossa Sociedade, antevê-se benéfico congregar esforços entre associações afins, criando hábitos de reunião comum para debate de problemas análogos por sócios que, frequentemente, lhes são comuns!

Uma experiência federativa entre Sociedades com acção no tema *vascular* poderá ser um desafio em que valha a pena arriscar. Nem que seja para nos conhecermos melhor. De certeza tornar-nos-á mais fortes, cientificamente.

Elementos para a Análise Pedagógica de um Curso Inserido na Área da Educação Médica Pós-Graduada*

Introdução

A licenciatura em Medicina é uma etapa indispensável ao exercício legal da profissão médica. Todavia, na actualidade, aquela graduação já não é sinónimo de capacidades plenas e perenes para o competente desempenho de uma actividade que, de uma forma ou doutra, interfere na vida, saúde e morte de anónimos membros da sociedade que nela confiam.

O reconhecimento das (naturais) insuficiências conferidas pela educação médica pré-graduada tem originado o prolongamento do período formativo para além da licenciatura. A educação médica pós-graduada (estritamente associada à formação hospitalar profissionalizante) e, ainda numa fase preliminar de organização e conceitos, a educação médica contínua (como apoio à aprendizagem permanente de todos os profissionais em exercício, e garante do desenvolvimento dos cuidados de saúde) são consequências óbvias daquelas intenções (1-5).

Na origem das áreas de formação médica pós-graduada existe algumas realidades essenciais; umas são referenciadas à natureza dinâmica do conhecimento médico – exigindo constante actualização e aferição – outras são intrínsecas à investigação e consciência profissional do médico, no seu respeito pelo doente e preocupações sociais afins.

A comunidade médica, nacional ou estrangeira, está virtualmente asfixiada por múltiplas reuniões de carácter educacional, científico e promocional (5, 6). Grande parte dessas actividades está (pretensiosamente) inserida na educação médica contínua. Entre as instituições ou entidades fornecedoras incluem-se as faculdades de medicina, associações científicas, hospitais, indústrias com acção na saúde e, inclusivamente, entidades privadas. Na generalidade, há total descoordenação entre aquelas actividades, com pro-

* A – In: Revista do Interno 1992; 1:13-23.

gramas e *curricula* definidos por critérios de ocasião, sem aferição de qualidade nem créditos validados aos participantes. Nestas condições, será irrealista atribuir relevância pedagógica a iniciativas equivalentes, ou considerá-las eficazes para a educação médica contínua.

A educação médica pós-graduada, hospitalar, exposta a acções formativas semelhantes, poderá ser objecto de críticas sobreponíveis. Em qualquer dos casos, porém, o criticismo baseia-se mais em aspectos subjectivos do que em resultados concretos. Há, neste campo, muita investigação específica a realizar, particularmente objectivada para a melhoria da organização e dos processos educacionais.

De modo a contribuir para o conhecimento mais exacto da situação planeou-se o presente trabalho. Entre os principais objectivos, pretende-se definir o perfil (académico e profissional) e conhecer (resumidamente) o processo educacional seguido por um grupo de médicos internos do Hospital de Santa Maria que frequentou um curso teórico de pós-graduação sobre um tema médico crucial nas áreas da intervenção médica e cirúrgica.

Material e métodos

Tendo como principais destinatários os médicos internos do Hospital de Santa Maria (H.S.M.), foi organizado um “Curso Teórico sobre Tromboembolismo”, a decorrer no período da manhã de dois dias úteis consecutivos. O curso, amplamente divulgado, tinha como objectivos pedagógicos a reactualização dos aspectos mais comuns daquele tema patológico. O programa incluiu uma conferência sobre etiologia e fisiopatologia da doença tromboembólica, três prelecções sobre tromboembolismo arterial (cerebrovascular, dos membros e coração) duas sobre tromboembolismo venoso (membros e ginecológico) e duas mesas-redondas (semiótica laboratorial e terapêutica). O corpo docente, expressamente convidado para o efeito, foi composto por oito professores da Faculdade de Medicina de Lisboa (F.M.L.) e três outros especialistas médicos, todos de grande nomeada e com ampla experiência profissional nas áreas seleccionadas.

Inscreveram-se voluntariamente no curso 98 discentes, dos quais 91 prestavam serviço no H.S.M., 3 eram recém-licenciados a aguardar o início do internato, 2 prestavam serviço em outras unidades hospitalares e outros 2 eram estudantes de medicina da F.M.L.

Dos 98 inscritos, apenas 55 (1 dos quais estudante) frequentaram as duas manhãs do curso. Dos restantes, 22 participaram em apenas metade das sessões e 21 faltaram a todas as actividades.

A generalidade dos médicos que completaram o curso exercia funções no internato geral (53,7%), enquanto 37% eram internos da especialidade e

3,7% eram assistentes hospitalares. O grupo era completado por 1 estudante e pelos 3 médicos recém-licenciados.

Quadro I – Caracterização geral dos participantes inscritos e que completaram o curso

População	Totais
Pré-inscritos	98
Presentes nos dois dias	55
Presentes num dos dias	22
Não comparecentes	21
Especialidade/Serviço de origem dos participantes com actividades hospitalares, presentes nos dois dias do Curso (N= 51).	
Medicina	18*
Anestesia	9
Cirurgia	9**
Pediatria	5
Infecto-Contagiosas	4
Obstetrícia	3
Ginecologia	2
ORL	1
Graduação Hospitalar	
Internato Geral	29
Internato Complementar	20
Assistente Hospitalar	2

* Dois dos participantes prestavam serviço noutras unidades hospitalares

** Três participantes prestavam serviço em Cirurgia Vascular

Os 51 médicos em actividade exerciam funções em serviços distintos (Quadro I), com destaque para os da medicina (35,3%) e, logo a seguir, para os da cirurgia e anestesia (17,7% cada). Havia também participantes com cargos hospitalares nos serviços de pediatria, ginecologia, obstetrícia, infecto-contagiosas e otorrinolaringologia. Curiosamente, não foram registadas inscrições de internos dos serviços de neurologia nem de cardiologia.

Os participantes foram informados, de início, da existência de dois testes de conhecimento, de escolha múltipla, um com características diagnósticas para o próprio, e o outro para aferição do aproveitamento final, a realizar voluntariamente. Aos discentes com aproveitamento igual ou superior a 10 valores no teste final registar-se-ia a classificação no diploma, como crédito de valorização curricular.

Acederam a responder ao 1^o teste (enunciado em Apêndice 1) 45 dos inscritos presentes, o que foi conseguido imediatamente antes da conferência inaugural. Responderam ao 2^o teste (enunciado em Apêndice 2) apenas 39 dos participantes. As perguntas para ambos os testes (num total de 12 em cada) reflectiam índices de dificuldade equivalente, e foram classificadas mediante chave de respostas pré-fornecida com os enunciados pelos prelectores.

Antes do teste final foram os participantes solicitados a responder a dois outros inquéritos sob anonimato. Um dos inquéritos tinha como objectivo proceder à avaliação da eficácia potencial do curso, como instrumento pedagógico na formação dos participantes; incluía 5 perguntas de escolha múltipla para uma resposta, com uma excepção (pergunta 3), em que eram requeridas duas respostas (Quadro II).

Com o segundo inquérito pretendia-se conhecer melhor o perfil escolar e profissional dos participantes que haviam concluído o curso, através das qualificações na fase de pré-graduação e valorização pós-graduada. A delicadeza do assunto justificou a ênfase posta no pedido de colaboração sincera por parte dos inquiridos (Apêndice 3).

Resultados

Os resultados apurados para o teste diagnóstico puseram em evidência níveis insuficientes de conhecimentos específicos em mais de 1/4 dos participantes (Tabela 1). Todavia, após a conclusão do curso, apenas 5% dos participantes que responderam ao teste final obtiveram classificação inferior a 10 valores. É de notar que 7 (num total de 39) dos inscritos tiveram aproveitamento mais baixo no teste final do que na prova diagnóstica. No conjunto, porém, havia melhoria de conhecimentos no fim do curso. Responderam ao inquérito sobre a eficácia do curso 32 dos participantes. Destes, 59% consideraram que o curso havia sido bom, face ao nível prévio de conhecimentos; 90,6% entenderam que a temática abordada fora suficiente; na opinião de 59,8% o curso fora suficientemente teórico; finalmente, para 71,9%, o curso fora pouco prático, contudo acessível (para 96,9%), numa matéria que (para 56,3%) possuía muita utilidade clínica.

O conjunto das respostas é resumido no Quadro II. Três dos inquiridos subscreveram reparos, um sobre a ausência da vertente traumatológica do tromboembolismo no programa, enquanto dois outros participantes apontavam a inexistência de relacionamento entre a teoria e a prática clínica, designadamente a propósito das doses terapêuticas utilizadas na rotina e as prescritas no curso.

Quadro II – Enunciado e subtotais das respostas ao inquérito sobre a eficácia potencial do “curso sobre tromboembolismo” (total de participantes que responderam = 32)

1) Considera que o “Curso sobre Tromboembolismo” foi para o nível do seu conhecimento prévio:	
Inútil	2
Razoável	9
Bom	19
Muito bom	2
2) Entende que a temática abordada foi:	
Muito insuficiente	3
Suficiente	29
Excessiva	—
3) Na sua opinião, o Curso caracterizou-se por ser (escolha duas respostas)	
Excessivamente teórico	1
Suficientemente teórico	19
Pouco teórico	—
Pouco prático	23
Suficientemente prático	7
Excessivamente prático	—
4) Quanto ao grau de dificuldade/complexidade geral	
O curso foi muito difícil	—
O curso foi difícil	—
O curso foi acessível	31
O curso foi muito acessível	1
5) Quanto à utilidade da matéria do Curso, na prática clínica, entende que:	
Não terá utilidade	—
Terá alguma utilidade	9
Terá muita utilidade	18
Será indispensável	5
Será dificilmente aplicada	—
6) No caso de ter escolhido a última resposta, indique motivos concretos	

As respostas ao segundo inquérito, em que se indagava o nível de qualificação pré-graduada e valorização pós-graduada, embora limitada apenas a 50% dos inscritos que completaram o curso, parecem ser, pela homogeneidade revelada, uma amostra representativa do conjunto participante (Quadro III).

Excluindo da análise o estudante que participou em todo o curso, constata-se que os 27 outros participantes obtiveram classificações médias de licen-

ciatura do nível de “bom com distinção”; apenas 6 dos inscritos tiveram classificações iguais ou inferiores a 14 valores, havendo ainda, na vertente oposta, um subgrupo de 6 outros médicos com 17 ou 18 valores de classificação final.

Tabela 1 – Análise dos conhecimentos prévios e adquiridos pelos participantes

(1) Total de Respostas	Teste inicial	Teste final
	45	39
(2) Grupos de classificação		
(a) < 10 valores	14	2
(b) > 10 valores	31	37
10 valores	—	5
11 valores	12	0
12 valores	—	11
13 valores	11	11
14 valores	4	—
15 valores	—	6
16 valores	3	—
17 valores	—	4
(3) Pontuação total*	349	483
(4) Classificação média**	11,3	13,1

* Somatório das classificações iguais ou superiores a 10 valores

** Quociente da pontuação total pelo número de respostas classificadas com 10 ou mais valores

Embora com menor número de respostas, que poderão ser atribuíveis a natural esquecimento pelos inquiridos de pormenores sobre classificações escolares, é de realçar a notável paridade entre os resultados obtidos nos quatro diferentes grupos de disciplinas focadas.

Sobressai também a elevada frequência das actividades relacionadas com a formação médica, ainda na fase de pré-graduação: 60 a 80% dos inquiridos referiam presença naquelas actividades, alguns até 10 vezes, embora a maioria não recordasse o total de participações. É de registar a boa opinião que cerca de 70% dos inquiridos possuía sobre aquelas actividades pré-graduadas, não havendo nenhuma apreciação negativa e sendo duas informações excelentes.

Como seria natural, face à opinião favorável anterior, a frequência em acções de pós-graduação atingiu níveis ainda mais notáveis. Mais de 80% das respostas confirmaram que os participantes no curso frequentavam assiduamente reuniões científicas da área médica. Um dos inscritos, com o grau de assistente graduado, calculou em 150 o total de participações nos 4 tipos de actividades referenciadas.

Quadro III – Qualificações académicas pré-graduadas e valorização genérica pós-graduada de um grupo de participantes

A. Pré-Graduação (N= 27)		
1. Disciplinas morfológicas		
Disciplinas morfológicas	15,9 (12-18)	N 22
Disciplinas experimentais	16,0 (12-18)	N 21
Disciplinas médicas	16,6 (14-18)	N 22
Disciplinas cirúrgicas	15,9 (14-18)	N 22
Licenciatura	15,6 (13-18)	N 27
2. Participações		
Cursos Temáticos	19	
Simpósios	18	
Congressos	21	
Outras actividades formativas	3	
3. Opinião Geral sobre as actividades participativas		
Inútil	0	
Regular	5	
Boa	18	
Excelente	2	
Regular-Boa	1	
B. Pós-Graduação (N= 26)		
1. Participação		
Cursos Temáticos	24	
Simpósios	20	
Congressos	22	
Outras actividades formativas	3	
2. Motivos principais para participar		
Vocação / interesse específico	26	
Curricular	18	
Pressão de superior hierárquico	—	
Motivos sociais	—	
Alternativa à rotina	1	
3. Cálculo percentual (média e variação) dos participantes em:		
Reuniões nacionais	87,0 (33-100)	N 22
Reuniões internacionais	13,0 (1-66)	N 22
4. Cálculo percentual (média e variação) da participação em reuniões organizadas por:		
Sociedades ou grupos científicos	79,4 (70-98)	N 20
Indústria farmacêutica	20,6 (2-100)	N 20
5. Frequência de consulta de Revistas ou Jornais Científicos		
Nunca	—	
Raramente	4	
Regularmente	9	
Muitas vezes	10	

(continua)

<i>6. Jornais/revistas científicas mais consultados</i>	
New England Journal of Medicine	12
Lancet	7
Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia	5
British Medical Journal	4
Revista do Interno	4
American Journal of Medicine	2
Journal of American Medical Association	2
British Journal of Anesthesiology	2
Medical Practice	2
Revista da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos	1
Outras 22 publicações médicas	

Os inquiridos foram unânimes em considerar que a frequência naquelas actividades era suscitada por vocação e interesses específicos. Todavia, as razões curriculares eram também importantes em 70% das respostas, havendo ainda quem participasse como escape à rotina profissional. Numa breve análise às entidades organizadoras das actividades anteriormente frequentada pelos participantes, verifica-se que quase 90% eram nacionais e cerca de 80% haviam sido promovidas por associações científicas. Adicionalmente, 20% das reuniões eram iniciativas da indústria farmacêutica, havendo quem, até à data, só tivesse participado em reuniões nacionais daquele tipo.

Cerca de 90% dos inquiridos consultava revistas e jornais científicos, com regularidade ou muita frequência.

Entre as revistas médicas mais consultadas, num máximo de três títulos solicitados a cada discente, distinguiam-se três jornais médicos internacionais de âmbito geral (com 12, 7 e 4 referências) e duas revistas nacionais (com 5 e 4 citações) uma das quais de anestesiologia, decerto justificada pelo elevado número de médicos em exercício naquela especialidade que frequentaram o curso. Outros jornais foram referidos por número restrito de inquiridos, alguns dos quais, porém, sem credibilidade conferida por conselhos editoriais actantes e por uma política editorial de “peer review” baseada no rigor científico. Mesmo tendo em conta estas publicações de valor discutível, apenas 80% dos discentes mencionavam as publicações consultadas, registando-se, inclusive, designações incorrectas das mesmas.

Discussão

Numa análise aos resultados obtidos poder-se-á concluir que o tema do curso suscitou aceitação entre os potenciais destinatários da acção pedagógica, que eram os Internos do Hospital de Santa Maria. Todavia, a contrapor à quase uma centena de inscrições, verificou-se que metade nunca participou ou frequentou apenas 50% das sessões de trabalho do curso. Eventualmente, as ausências poderão ser atribuídas a serviço hospitalar inesperado, embora esta e outras justificações sejam, no momento, pura especulação.

O predomínio, entre os participantes, dos internos da área da medicina e cirurgia afigura-se natural. Merece destaque a (inesperada) elevada participação de médicos da especialidade de anestesia e, no sentido inverso, a completa ausência de internos de cardiologia e neurologia. Acresce que duas das prelecções do curso incidiram no tromboembolismo cardíaco e cerebrovascular, que caracterizam duas das áreas com mais elevada prevalência, prognóstico mais reservado e que são causas principais da mortalidade contemporânea. A importância que a assistência atribuiu a este assunto foi particularmente consubstanciada na ampla troca de informações e esclarecimentos no debate entre prelectores e participantes.

Numa perspectiva global constata-se que 1/4 dos participantes tinha conhecimentos prévios insuficientes sobre o tromboembolismo, não obstante as elevadas classificações que declararam para a pré-graduação e licenciatura. Excepto para uma minoria, sem aproveitamento mínimo, as lacunas de conhecimento diminuíram após o curso, como é a parente pela classificação final, superior à inicial (Tabela 1). Todavia, 18% dos participantes obtiveram classificações finais inferiores às do teste diagnóstico, talvez derivando de deficiências no processo de aprendizagem teórica.

Uma das críticas mais consistentes ao sistema da educação médica pré-graduada (e, também, pós-graduada) incide na ênfase dada ao fornecimento de quantidade crescente de informação factual, de que se exige a memorização (a mais completa possível) no curto espaço de tempo disponível para o ensino de cada disciplina, de cada ano escolar, e do curso médico. Em contrapartida, escasseia no *curriculum* tempo (e espaço) para aprender a pensar, a analisar criticamente a informação fornecida, e a resolver problemas (8, 9). Num sistema em que, como salienta Eichna, “*o facto é rei*” (8) – e, por isso, a educação e treino médicos resultam do predomínio da memorização, a desfavor de atitude críticas perante esses mesmos factos – é natural que as dificuldades e os defeitos detectados na pré-graduação continuem evidentes nas fases subsequentes da formação médica.

A necessidade de acompanhar a progressão crescente de conhecimentos disponíveis será, talvez, um dos principais estímulos para a frequência dos

cursos de pós-graduação, como o que foi objecto do presente inquérito. Grande parte dos participantes que responderam já frequentava habitualmente actividades similares desde a pré-graduação, de que referiam boa impressão global. Os interesses específicos e vocacionais constituíram os principais motivos alegados para a participação, de imediato seguidos pela justificação curricular. Esta posição vem confirmar a conclusão de uma análise recente sobre as características da educação médica contínua e alterações que daí advieram nos hábitos profissionais de uma amostra aleatória de 340 médicos, norte-americanos e canadianos. As motivações estritamente profissionais (desejo de mais competência pessoal, ou como resposta às questões do meio clínico) constituíam a base das principais alterações visadas (10). Razões pessoais e profissionais, como melhoria económica ou promocionais, eram também referidas em plano secundário (10). Foi concluído que não eram razões vocacionais nem o programa de formação médica contínua que induziam, primariamente, as alterações profissionais mais drásticas; estas resultavam em geral, de um acontecimento pessoal muito marcante.

É justificável e legítimo o interesse manifestado pelos clínicos que participam em cursos de pós-graduação. O estado dinâmico que caracteriza o conhecimento médico contemporâneo exige estudo continuado pelos que desejam exercer clínica com competência (11). Cândido de Oliveira (12) sublinhava a necessidade das Faculdades de Medicina prepararem os seus alunos a pensar cientificamente, tornando-os aptos a prosseguir a formação pós-licenciatura. No mesmo sentido deverá ser interpretado Tosteson (11) quando afirma que “*o objectivo da educação médica é o de preparar pessoas a aprenderem Medicina*”.

Todavia, aprender Medicina não se restringe ao acumular de informação ou a renovar perspectivas sobre factos já conhecidos mas, sobretudo, consiste em aprender a resolver problemas, e a tomar decisões (8). Adicionalmente, a aprendizagem de medicina passa pelo equilíbrio entre o treino de acções específicas e a educação que prepara o futuro médico para o inesperado. Se o ensino médico assentar preferencialmente no treino sobre factos ou modas do momento, a adaptação do clínico ao progresso da ciência médica tornar-se-á, decerto, mais complexa e dificilmente conseguida.

Isto não impede, contudo, que a experiência prática seja veiculada, a par dos conceitos. A opinião expressa pelos participantes do presente curso a propósito da escassez de informação prática fornecida (não obstante ser considerada como suficiente e acessível à teorização dos assuntos) reflectirá a necessidade de um treino actualizado, incidente nas particularidades dos esquemas terapêuticos ou profilácticos.

A discreta melhoria de conhecimentos verificada no teste final sugere dificuldades de renovação dos conceitos anteriores por outros mais evoluídos.

A elevada frequência em reuniões científicas explicita o interesse dos participantes pela actualização específica. É evidente a influência das reu-

niões associadas a aspectos promocionais de novos fármacos, organizadas pela indústria farmacêutica.

A baixa representatividade das revistas científicas consultadas sugere limitações nos hábitos de leitura e de aprendizagem na pós-graduação. Curiosamente, este aspecto vem confirmar observações anteriores em clínicos ingleses integrados num esquema de educação médica contínua, promovido pelo Royal College of General Practitioners: a literatura médica mais consultada era de jornais informativos (3).

As repercussões da educação pós-graduada nas atitudes e prática clínicas estão ainda longe do completo esclarecimento e requer estudos dirigidos e objectivos definidos. Porém, não subsistem dúvidas de que o progresso dos conhecimentos e dos meios tecnológicos em Medicina exigem alterações de hábitos e de perspectivas profissionais, a assegurar por adaptações educacionais constantes (13, 14).

O êxito desse programa de aprendizagem baseia-se em algumas premissas fundamentais (1), em que se destacam: (a) as motivações do participante na modificação constante das suas características e conhecimentos; (b) a consciencialização das insuficiências do momento, a colmatar pela aprendizagem, e (c) a possibilidade de aplicar aqueles novos conhecimentos e capacidades.

A congregação das primeiras duas condições não oferece dificuldades intransponíveis. Todavia, será que as novas atitudes e aptidões conseguem impor-se sem obstáculos inacessíveis na rotina da prática hospitalar, ou da clínica diária? É opinião fundamentada de que a não concretização prática das inovações adquiridas na educação pós-graduada e na contínua poderá constituir uma fonte de frustrações individuais, suficientes para anularem o eventual sucesso dos programas educacionais concebidos para a pós-graduação.

A apreciação das vantagens e dificuldades da formação médica pós-graduada está por fazer na extensão que se justifica.

As conclusões a alcançar possibilitarão reformulações no actual sistema educacional, decerto beneficiando a sua eficácia e, em simultâneo, dando satisfação aos naturais interesses, motivações e necessidades dos futuros e actuais clínicos.

Agradecimentos

O autor está reconhecido ao Prof. Soares da Costa pelo apoio concedido na efectivação dos inquéritos utilizados, bem como a todos os participantes, que generosamente colaboraram com opiniões e respostas. Agradece ainda o apoio no secretariado prestado por Isabel Rodrigues (do Internato Médico do H. S. Maria). Emília Alves (do Instituto de Bioquímica) dactilografou o texto.

Bibliografia

1. Scott AJ – Continuing education: more or better? *N Engl J. Med* 1976; 295:444-445.
2. Pinto Correia J – Educação médica. Um processo em transformação. *Acta Méd Port* 1988; 2:165-166.
3. O’Dowd TC, Sprackling PD – Continuing medical education in general practice. *Br Med J* 1989; 298:1472.
4. Williamson JW, German PS, Weiss R, Skinner E, Bowers F – Health science information management and continuing education of physicians. *Ann Int Med* 1989; 11:151-160.
5. Escovitz GH, Davis D – A bi-national perspective on continuing medical education. *Acad Med* 1990; 65:545-550.
6. Martins e Silva J – O excesso de reuniões médicas e a falta de uma educação médica contínua planificada. *Rev Ordem Méd* 1991; (Junho), 8-10.
7. Fox RD – New horizons of research in continuing medical education. *Acad Med* 1990; 65:550-555.
8. Eichna LW – Medical school education, 1975-1979. A student’s perspective. *N Engl J Med* 1980; 303:727-734.
9. Bryan GT – Physicians and medical education. *JAMA* 1991; 266:1407-1408.
10. Fox RD, Mazmanian PE, Putnam RW – “Changing and Learning in the Lives of Physicians”, New York: Praeger, 1989.
11. Tosteson DC – Learning in medicine. *N Engl J Med* 1979; 381:690-694.
12. Candido de Oliveira J – Educação médica contínua. *Rev Port Terap Méd* 1968; 2:77-79.
13. Calman KC, Downie RS – Education and training in medicine. *Med Educ* 1988; 22:488-491.
14. Clawson DK – The education of the physician. *Acad Med* 1990; 65:84-88.

APÊNDICE 1 – Enunciado do Teste Inicial

<p>1. O embolismo cerebral de causa cardíaca é responsável por que percentagem dos AVCs?</p> <ol style="list-style-type: none"> 10% 20% 40% 70% 80% 	<p>2. Deve usar-se apenas anti-agregantes plaquetares na fase hospitalar.</p> <p>3. É eficaz a administração de heparina intravenosa ou subcutânea na fase aguda.</p> <p>4. Todas são verdadeiras.</p> <p>5. Nenhuma é verdadeira.</p>
<p>2. Qual das seguintes não é uma cardiopatia potencialmente embolígena?</p> <ol style="list-style-type: none"> Estenose mitral. Prolapso mitral. Aneurisma do septo interauricular. Calcificação do anel mitral. Foramen oval patente. 	<p>10 O melhor método para avaliar a eficácia terapêutica da heparinoterapia é:</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinação do tempo de coagulação. Determinação do tempo de trombina. Determinação do PTTA. Avaliação da melhoria clínica. Determinação do tempo de hemorragia.
<p>3. Qual é o anti-agregante mais eficaz na prevenção secundária dos AVCs?</p> <ol style="list-style-type: none"> Aspirina Dipiridamol Ticlopidina Indobufeno Sulfinpirazona 	<p>11 Tem-se relacionado determinada patologia obstétrica (aborto de repetição e morte fetal) com a presença de anticorpos anti-fosfolípidos na gravidez. Experimentaram-se diversos esquemas terapêuticos profiláticos. Quais foram as utilizadas?</p> <ol style="list-style-type: none"> Heparinoterapia subcutânea Acido acetil-salicílico (60mg/ dia). Doses elevadas de prednisolona, associadas a baixas doses de aspirina. Baixas doses de prednisolona associadas à azatioprina (imunossupressor). Elevadas doses de inibidores da síntese – prostaglandina (anti-inflamatórias não esteróides).
<p>4. O tempo de protrombina:</p> <ol style="list-style-type: none"> É uma análise de função renal. É um teste fundamental da coagulação. É feito em sangue heparinizado. Não tem interesse para a avaliação da função hepática. 	<p>12 Deverá instituir-se uma terapêutica profilática anticoagulante no decurso da gravidez sempre que a gestante refira antecedentes de doença tromboembólica. Qual ou quais das seguintes atitudes terapêuticas lhe parece correcta?</p> <ol style="list-style-type: none"> Heparina (via endovenosa) 15-25 U/Kg/h no momento do parto e primeiros dois dias do puerpério
<p>5. O tempo de protrombina é sensível:</p> <ol style="list-style-type: none"> À actividade de todos os factores de coagulação. Exclusivamente à actividade do factor VII. À actividade dos factores VII e VIII. À actividade dos factores da via extrínseca e comum da coagulação. 	
<p>6. O tempo de protrombina pode estar prolongado</p> <ol style="list-style-type: none"> Na insuficiência hepática. Na coagulação intravascular disseminada. Nos défices congénitos de factor V Todas as anteriores 	

(continua)

7 Na fibrilhação auricular está indicado o uso de anticoagulantes orais se:	3. Dicumarínicos orais das 16 semanas de gestação até ao momento do parto.
1. Ocorre na miocardiopatia dilatada	4. Ácido acetilsalicílico (60mg/ dia) durante toda a gestação.
2. Ocorre na doença valvular mitral.	5. Ácido acetilsalicílico (500 a 1.500mg/dia) nas últimas semanas da gravidez e início do puerpério).
3. Já houve um episódio embólico.	
4. Existe evidência ecocardiográfica de trombo na aurícula esquerda.	
5. Em qualquer das anteriores.	
8 Na profilaxia da trombose intracavitária e	13 A etiologia mais frequente das embolias arteriais dos membros é, na actualidade:
9 embolismo sistémico, após enfarte agudo do miocárdio:	1. Cardiopatia reumática.
1. Deve usar-se anticoagulantes orais durante os primeiros 12 meses	2. Aneurisma da aorta.
2. Heparina (via-subcutânea) 5.000 U cada 12 horas nas últimas semanas da gravidez e primeiras seis semanas do puerpério.	3. Cardiopatia aterosclerótica.
	4. Aneurisma da artéria popliteia.
	5. Fragmento da placa aterosclerótica.

APÊNDICE 2 – Enunciado do Teste Inicial

1. As estenoses carotídeas sintomáticas nas quais a endarterectomia está indicada são as superiores a:	8 A eficácia dos fibrinolíticos na reperfusão da artéria ocluída por um trombo no enfarte agudo do miocárdio:
1. 20%	1. É independente do fibrinolítico utilizado.
2. 50%	2. Depende da precocidade da sua administração.
3. 75%	3. É independente do sexo.
4. Nenhumas	4. É mais eficaz nos grupos etários mais elevados.
5. Todas	5. Todas as anteriores são verdadeiras.
2. O diagnóstico de embolia cerebral de origem cardíaca é sugerido pelos seguintes dados, exceptuando:	9 Na prevenção primária da cardiopatia isquémica a administração de ácido salicílico mostrou-se eficaz:
1. Enfarte hemorrágico.	1. Na redução da mortalidade cardiovascular.
2. Múltiplos enfartes corticais.	2. Na prevenção do enfarte não fatal.
3. Enfartes lacunares múltiplos.	3. Na prevenção da angina de peito.
4. Início súbito	4. Nos dois primeiros.
5. Início durante actividade.	5. Em todas estas situações.
3 As seguintes são indicações para o uso de anticoagulantes, com excepção de:	10 Quais das seguintes atitudes poderão constituir medidas preventivas na eclosão de manifestações tromboembólicas na gestação? Assinale as informações correctas.
1. AVC em evolução.	1. Combater o sedentarismo.
2. AITS em cacho.	2. Evitar traumatismos obstétricos.
3. Embolismo de causa cardíaca, em doente vigil.	
4. Embolismo de causa cardíaca, em doente em coma.	

(continua)

5. AITS recorrentes em doentes a tomar antiagregantes.	3. Tratar precocemente a endometrite puerperal.
4 Na investigação laboratorial de um T.P. prolongado	4. Corrigir as distócias dinâmicas durante o trabalho de parto.
1. A história clínica tem pouco interesse.	5. Evitar a antibioterapia durante a gravidez.
2. Devem dosear-se todos os factores da coagulação.	11 O exame mais importante para o diagnóstico da embolia arterial dos membros é:
3. Encontra-se sempre um APTT também aumentado.	1. Ecocardiograma.
4. Deve determinar-se o fibrinogénio.	2. Exame clínico.
5 No controlo da temperatura com anticoagulantes orais:	3. ECG
1. Devemos determinar o APTT e fibrinogénio semanalmente.	4. Arteriografia.
2. O T.P. é preferencialmente expresso em razão e INR.	5. Exame Doppler.
3. Devemos dosear o factor VII pela sua semi-vida mais curta	12 O prognóstico de embolia arterial dos membros está intimamente ligado a:
4. Estuda-se sempre em paralelo a agregação plaquetária	1. Idade.
6 Num doente com icterícia obstrutiva	2. Cardiopatia reumática.
1. O tempo de protrombina pode estar aumentado.	3. Tempo de evolução.
2. O fibrinogénio está sempre aumentado.	4. Topografia.
3. Há diminuição da actividade dos factores V e VII.	5. Cardiopatia aterosclerótica.
4. Há aumento da actividade dos factores vit. K dependentes.	
7 A prevenção primária do tromboembolismo pulmonar inclui todas as seguintes medidas com excepção de:	
1. Contenção elástica dos membros inferiores.	
2. Compressão pneumática dos membros inferiores.	
3. Administração de heparina subcutânea.	
4. Administração de dextrano 40.	
5. Colocação de filtro na veia cava inferior.	

APÊNDICE 3 – A avaliação do sistema educativo pré e pós-graduado é essencial para o melhorar. Por isso, pedimos a sua colaboração, respondendo com sinceridade a este Inquérito, sob anonimato, o que desde já agradecemos

Grau Actividade Hospitalar Actual _____	
Pré-Graduação	Pós-Graduação
Classificação final da licenciatura _____	Participação, como médico, nas seguintes actividades:
Classificação média nas Cadeiras morfológicas ____ (Anatomia I e II/Histologia-Biologia/ Anatomia Patológica)	Cursos S/N Total _____
Classificação média nas Cadeiras experimentais ____ (Bioquímica/ Biofísica /Fisiologia/Química Fisiológica/ Farmacologia)	Temáticos S/N Total _____
Classificação média nas Cadeiras de Medicina ____ (Med. I/II/III)	Simpósios S/N Total _____
Classificação média nas Cadeiras de Cirurgia ____ (Cir. I/II/III)	Congressos S/N Total _____
Participação enquanto estudante de medicina, nas seguintes actividades:	Outros (especifique) S/N Total _____
Cursos Temáticos S/N Total _____	Motivos principais para aquela participação:
Simpósios S/N Total _____	Vocação/Interesse específico/ Curricular/ Pressão
Congressos S/N Total _____	de superiores hierárquicos/ Motivos sociais/ Como
Outros (especifique) S/N Total _____	alternativa à rotina
Opinião sobre a eficácia e importância dessas actividades para a sua formação médica: Inútil/Regular/Boa/Excelente	Dessas actividades, em que participou, calcule a percentagem para:
	Reuniões nacionais _____ %
	Reuniões internacionais _____ %
	Idem, percentagem para as reuniões organizadas por:
	Sociedades em grupos científicos _____ %
	Indústria Farmacêutica _____ %
	Para a sua formação contínua, utiliza revistas/jornais científicos:
	Nunca / Raramente / Regularmente / Muitas vezes
	Excluindo o nunca, diga até 3 dessas revistas/jornais que consulta _____

A VII Reunião da SPH e a Formação Médica Contínua*

Os Simpósios, Congressos e Reuniões que a Sociedade Portuguesa de Hemorreologia vêm organizando desde 1984 são incontestavelmente actividades científicas; num sentido mais lato, equivalem a acções educacionais implícitas nos objectivos e âmbito da Formação Médica Contínua (FMC). Reuniões semelhantes são promovidas por muitas outras associações médicas científicas e/ou profissionais, embora com orientações próprias das áreas que cultivam.

São múltiplas as personalidades e organizações públicas ou privadas que, aparentemente, partilham idênticos espaços de acções e objectivos. Com diferenças muito discretas, à escala nacional, virtualmente todas as actividades referidas têm como destinatários preferenciais os clínicos gerais e, em segundo plano, as especialidades mais afins à temática de cada organizador.

Ano após ano é impressionante a quantidade de reuniões com características de FMC à disposição dos médicos portugueses. Isto não significa, porém, que os destinatários de tanto desvelo estejam motivados e/ou interessados em participar, ou que os objectivos das diversas reuniões sejam, ou venham a ser, atingidos. Há efectivamente razões para admitir que o sucesso pedagógico-científico daquelas actividades não se correlaciona com o empenhamento e objectivos dos organizadores. A situação justifica alguma reflexão e as soluções que pareçam mais apropriadas. A SPH colherá decerto benefícios de uma posição mais realista e actualizada nos processos e actividades que perspectiva para o futuro imediato.

Na análise dos “porquês” da virtual desertificação de tantas reuniões organizadas para os médicos portugueses encontram-se duas principais razões. Uma deriva do grande desgaste físico e psíquico dos clínicos, subsequentes às múltiplas responsabilidades profissionais que os constroem; não será difícil encontrar motivos para insatisfação pessoal, desmotivações e um grande cansaço, que facilmente anulam a disponibilidade requerida para

* NE – In: Boletim da SPH 1992; 24:1-3.

aquelas actividades. Depois, é legítimo que os médicos se interroguem sobre a oportunidade de participarem em reuniões (por vezes, à custa de adiamentos de actividades clínicas imprescindíveis), cujo temas talvez conheçam razoavelmente, e que se assemelham, com muita frequência, a aulas teóricas que nem são creditadas para efeitos profissionais.

A primeira daquelas razões invocadas não tem solução aparente. Exceptuando os médicos que exerçam funções demasiado burocratizadas, todos os outros são, naturalmente, indivíduos “sem tempo” para si nem para os seus. Esta situação passa-se, em qualquer ponto do mundo, o que não impede, contudo que as actividades de FMC em curso nos Estados Unidos da América e no Canadá mobilizem cerca de meio milhão de médicos. Por conseguinte, o argumento da falta de disponibilidade, embora muito importante, não explica o alheamento que os médicos portugueses manifestam pelas reuniões em causa. Pelo contrário, o segundo dos motivos é mais realista, ao questionar a eficácia pedagógica das reuniões, bem como a sua descoordenação aparente com as finalidades e problemas concretos das actividades clínicas; acresce a inexistência de um sistema de creditação com propósitos pré-estabelecidos, que justifique o envolvimento dos médicos num esquema de aprendizagem que exige sacrifícios.

As entidades internacionais que possuem mais experiência de FMC chamam a atenção para dois pontos cruciais de natureza pedagógica. Primeiro, o médico que se predispõe a frequentar as actividades de FMC é um estudante adulto; como tal, os métodos de ensino/transmissão de conhecimentos deverão ser apropriados à educação de adultos, não se diferenciando dos utilizados na formação permanente de outros grupos profissionais. Isto significa que o médico é um indivíduo com experiência mas também com problemas profissionais que procura resolver. A necessidade de aprender para dar solução a esses problemas constitui o *primum movens* da participação na FMC, desde que venham a ter oportunidade para aplicarem os novos conhecimentos e as capacidades aprendidas.

O segundo ponto, em estreita associação com o anterior, diz respeito especificamente aos métodos de ensino disponíveis e eventual creditação. As actividades que são creditadas conferem, por natureza, um aval de idoneidade ao conteúdo do programa e aos prelectores. Admitindo que os créditos são atribuídos por uma organização nacional responsável e independente de interesses sectoriais (científicos e profissionais), torna-se óbvio que as sessões com qualidade manifesta serão preferidas pelos médicos que pretendem actualizar-se. Do lado oposto, e caminhando para a extinção, estarão as actividades sem idoneidade nem interesse científico e/ou profissional.

A metodologia aplicada terá de ser eficaz e diversificada, tendo como objectivos finais a correcção de deficiências e a melhoria dos conhecimentos e capacidades dos participantes.

As palestras ou, mais propriamente, as séries de palestras que constituem a generalidade dos programas de muitos cursos, reuniões, simpósios ou congressos científicos representam um dos tipos de actividades a utilizar na FMC. Têm a vantagem de agrupar um conjunto diversificado de médicos que, num prazo relativamente curto, recebem um “pacote” de informação seleccionada. Subsistem, porém, três principais inconvenientes: excessiva semelhança com as aulas teóricas para estudantes de Medicina, interacção mínima entre prelectores e assistência, e dissociação pedagógica entre a capacidade de atenção do participante e a quantidade, sequência e complexidade de informação transmitida.

A participação em sessões de mesa-redonda ou seminários específicos dão oportunidade a interacções dinâmicas, sendo também menos monótonas e (potencialmente) mais acessíveis e dirigidas aos problemas concretos da audiência.

As sessões para resolução dos problemas estão virtualmente ausentes dos programas habituais da FMC, embora se afigurem as mais adequadas às características dos médicos participantes. Há um ditado chinês antigo que expressa bem aquela ideia: *“ouço e esqueço, vejo e lembro, faço e compreendo”*. Para corrigir comportamentos e interiorizar novos conceitos úteis não basta ouvir prelecções brilhantes nos congressos, ou acompanhar com atenção diagramas complexos. O médico motivado, consciente que o seu comportamento e conhecimentos são inadequados ou desactualizados, quer aprender com clareza para aplicar com êxito as novas informações e perícias, em benefício dos seus doentes. A participação na FMC é uma posição ética de que nenhum médico se deve dissociar. Por outro lado, essas actividades têm de ser eficazes e nunca motivo para lamentar a inutilidade do seu conteúdo e/ou o tempo nelas gasto pela organização e participantes.

As sociedades científicas de âmbito médico reúnem condições para se inserirem entre as entidades idóneas com plena capacidade e conhecimentos para organizarem e executarem acções com utilidade pragmática, em prol da educação permanente dos seus associados. A creditação dessas actividades deverá ser atribuída por uma entidade nacional independente, que valide os esforços dos que nelas participam e se interessam, em contraponto dos que rejeitam qualquer actualização real dos seus conhecimentos e capacidades.

A União da Diversidade*

O crescimento do conhecimento científico – que parece duplicar em cada cinco anos e tem sido particularmente relevante nas últimas décadas – representa a pujança da investigação (fundamental e aplicada) desenvolvida no âmbito de diversas e representativas áreas do saber. Uma fracção importante desse conhecimento provém ou (mais frequentemente) vem sendo aplicada na área médica.

O progresso da Medicina contemporânea está indissoluvelmente ligado ao desenvolvimento das ciências fundamentais que lhe servem de suporte, bem como ao apoio tecnológico que delas deriva.

Aquela interdependência, por ser natural e desejável, é há muito fomentada pelas instituições responsáveis da tutela e norteia a actividade de investigadores clínicos mais esclarecidos. Não surpreende que a capacidade de utilizar a Ciência para solucionar situações clínicas seja, cada vez mais, uma trivialidade que recai no âmbito da competência profissional, conseguida através de um processo educacional laborioso.

Todavia, com o aumento de factos e conceitos, cresce igualmente a dificuldade dos médicos interessados em actualizar conhecimentos. De acordo com cálculos recentes, cada médico deveria ler (e assimilar!) diariamente cerca de 5.500 artigos de âmbito biomédico e clínico, para se manter a par da produção científica actual. Este desiderato, claramente irrealista (e irrelevante) não deixa de acentuar o contraste entre a massa crescente de noções aplicáveis à Medicina e o domínio restrito acessível de cada médico.

O aumento da especialização (e sub-especialização) e a divisão de trabalhos na área médica terão, em parte, resultado da necessidade de cada clínico controlar bem o que sabe e o que sabe fazer, no seu âmbito de acção. A par da diversificação e fraccionamento da actividade médica em áreas cada vez mais diminutas, têm crescido também a competência tecnológica e/ou o domínio perfeito de situações específicas de círculo limitado. Em contrapartida, vem diminuindo o interesse pelas grandes áreas médicas, sucessivamen-

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

te amputadas dos sectores mais promissores, mais tarde ou mais cedo na origem de novas sub-especialidades. Neste evoluir de acontecimentos não admira que os vínculos médico-doente, médico-família e médico-comunidade, alicerçados na competência, empatia e compreensão (humana e social) dêem lugar a interacções redutoramente técnicas. Eventualmente, as perícias que fundamentam algumas sub-especialidades médicas poderão vir a ser terreno de competição com técnicos e para profissionais de formação diferente. Qualquer das duas últimas situações referidas compromete inevitavelmente o progresso e desenvolvimento da Medicina, além de se afigurarem benefícios incertos para o doente.

O que se passa com o fraccionamento das áreas profissionais ocorre, em circunstâncias muito semelhantes, com a diversificação das sociedades científicas de extensão médica.

Os objectivos das sociedades científicas mais representativas e dinâmicas sobrepõem-se, com frequência, à actividade própria de especialidades médicas reconhecidas, sendo difícil a distinção entre os respectivos campos de acção. Noutros casos, as associações científicas tendem a agrupar, em torno de um tema comum, médicos de especialidades diferentes. Embora seja científica e culturalmente aliciante, esta última estratégia representa um percurso cheio de obstáculos e, por isso, imbuído de alguns equívocos. Uns e outros resultam, afinal, de dúvidas e limitações sobre a aplicabilidade dessas temáticas na prática clínica, na generalidade impostas por critérios economicistas.

Por isso, não surpreende que actividades científicas organizadas por associações médicas não conotadas especificamente com determinadas especialidades se arriquem a ficar desertas, excepto quando suportadas ou induzidas por entidades exteriores com interesses directos no mercado.

Congregar audiências médicas potencialmente interessadas em dado assunto, com ou sem utilidade para a formação contínua dos participantes, depende de factores mais diversos, de natureza pessoal, profissional e social. Motivações científicas, que não estejam explicitamente relacionadas com acções clínicas específicas serão, decerto, dos factores de mobilização menos eficazes.

Pelo exposto poder-se-á concluir que a receptividade da classe médica aos conceitos, novidades temáticas e implicações práticas perspectivadas através de reuniões organizadas por sociedades científicas não-justapostas a especialidades clínicas, depende mais da convergência de esforços e acções comuns que essas associações consigam desenvolver, do que da persistência de actividades desconcertadas, como vem ocorrendo.

No contexto, é exemplar o que sucede no âmbito das sociedades científicas médicas vocacionadas para temáticas que relacionam as propriedades do sangue, vasos e circulações. Cada uma destas associações desenvolve actividades semelhantes, polarizadas em audiências e patrocinadores comuns, por

vezes, disputando datas próximas. Apesar de todo o esforço desenvolvido, falta eficiência na transmissão da mensagem científica aos clínicos e que, por estes, beneficie os cuidados de saúde prestados à população.

O primeiro passo útil afigura-se ser a “união da diversidade”, concitando grandes objectivos comuns e estratégias concertadas, úteis a todas as partes, intervenientes e visadas. No fundo, é uma questão de sobrevivência do valor intrínseco, contrariando a polarização de esforços que minimiza efeitos e eficácias.

A realização de um Congresso anual “multidisciplinar”, com a participação activa e empenhada de sociedades científicas afins (em que se incluirá naturalmente a Sociedade Portuguesa de Hemorreologia e Microcirculação) terá decerto muito mais força colectiva e maior representatividade médica do que pequenas reuniões sectoriais “monodisciplinares”. Naturalmente, sem prejuízo de que estas continuem a realizar-se.

Ao partilhar participantes e prelectores de múltiplas afiliações, iniciativas daquele tipo desencadeiam interesses integrados, que são potenciais geradores de pesquisas científicas multidisciplinares, de estudos multicêntricos e de acções médicas racionais.

As consequências úteis de uma dinâmica (funcionalmente) aglutinadora parecem evidentes. A unificação de sociedades científicas afins, com base em grandes objectivos comuns, seria garante da continuidade do progresso da Medicina por objectivos educacionais, e não unicamente para fins utilitários e treino de gestos “especiais”.

A não ser assim resta o fracasso, ainda que embrulhado em protagonismos respeitáveis e oportunidades transitórias que não fazem história nem têm futuro.

Perspectivas sobre a Formação Médica Contínua*

Introdução

A educação médica representa um conjunto de actividades de formação específica que visa a promoção da saúde e o tratamento das doenças do homem, com humanidade e competência técnica. Para a prossecução daqueles objectivos os sistemas mais avançados incluem três fases distintas, pelas quais a formação médica, iniciada nos primeiros dias de aulas na Faculdade de Medicina, tende a prolongar-se enquanto durar a actividade clínica (1). Nesta perspectiva global, a educação médica começa na fase pré-graduada, conducente à licenciatura nas faculdades de medicina. Segue-se a fase de pós-graduação, que culmina na especialização, ainda em regime hospitalar ou noutra instituição dos serviços de saúde. Finalmente, concluída a pós-graduação, e mantendo-se (ou não) o vínculo institucional, decorre a terceira e última fase, designada de formação médica contínua (FMC). Como objectivo essencial, esta fase pretende assegurar a competência profissional aos médicos em exercício, pela actualização dos seus conhecimentos e melhoria das práticas específicas. Um segundo objectivo da FMC visa o aumento de qualidade da Medicina, pela utilização e aplicação (pelos médicos) dos conhecimentos e perícias adequadas (Quadro I).

Parafrazeando as conclusões de Edimburgo, cada doente deverá ter garantias de que o médico que consulta, além de um “ouvinte atento”, “observador cuidadoso”, “comunicador sensível” e “promotor de saúde” seja também (e sempre) um “clínico eficaz” (2). A FMC possibilitará a manutenção da competência profissional desejada pelos doentes e que cumpre aos médicos assegurar.

Todavia, a contrapor a este cenário burocratizado de direitos (dos doentes) e deveres (dos médicos), justapõe-se a realidade das condições sócio-económicas em que decorre a formação médica e estão inseridos os potenciais utentes dos cuidados clínicos. As variáveis são múltiplas e, na

* A – In: Arquivos de Medicina 1993; 7(1): 64-70.

generalidade, escapam ao controlo dos formadores, bem como dos agentes finais da actividade médica (3-8).

Estas dificuldades, que também não são recentes nem se restringem a um dado país, tendem a acentuar-se com as modificações drásticas, e frequentes que caracterizam o estilo de vida das sociedades contemporâneas, em particular nas consideradas mais avançadas

A política de formação médica em Portugal reflecte estes tempos de mudança. As pressões comunitárias (9), vão apressar reformas que tardavam mas, simultaneamente, serão focos de instabilidade profissional e de algum desequilíbrio no relacionamento inter-individual e no funcionamento institucional.

Na sequência do nivelamento curricular na fase pré-graduada haverá um acerto progressivo na pós-graduação. As dificuldades que já se fazem sentir nestas duas fases de formação médica são naturais e previsíveis, devendo prolongar-se durante alguns anos de (muitas) incertezas. A formação contínua, como etapa final da educação médica, será também objecto de atenção especial, visando a homogeneidade de competências e da prestação de serviços de saúde no espaço comunitário.

Existem argumentos sociopolíticos muito fortes para que a competência profissional dos médicos portugueses se afirme inquestionavelmente. Talvez que o principal desses argumentos decorra da mobilidade das populações de outros países comunitários, naturalmente expectantes de cuidados de saúde pelo menos semelhantes àqueles a que se habituaram a exigir como (seus) direitos básicos. O médico actualizado e profissionalmente competente continuará a ser o sujeito principal, embora actuando num sistema demasiado dependente das estruturas e meios disponibilizados e controlados pelo sistema sociopolítico.

No presente trabalho não se pretende abordar o conjunto de influências sócio-económicas que afectam, com a relevância, conhecida e a diversos níveis, a formação e o exercício de actividade profissional dos médicos portugueses. Os problemas inerentes à formação médica contínua justificam, por si, uma análise destacada e algumas propostas de acção, a apresentar de seguida.

Justifica-se a formação médica contínua?

A formação permanente é uma necessidade social óbvia, perante o avolumar de conhecimentos, informações e desenvolvimentos espectaculares que caracterizam o sistema de vida e as solicitações profissionais dos países mais industrializados (8, 11).

Embora aquelas necessidades e exigências sejam agora sentidas com mais premência (ou consciência), têm sido uma preocupação constante do homem com as inovações do dia-a-dia.

Referindo-se à Medicina, já há quase dois séculos Lord Listey (cit. em 12) advertia os seus discípulos que “*se não estivessem dispostos a aprender e a desaprender toda a vida, deveriam procurar outras profissões*”.

A profissão médica, progressivamente mais dependente da tecnologia aplicada e do progresso científico nas áreas mais diversas, constitui um sector em constante mutação. Daí que seja legítimo atribuir importância capital à formação médica contínua (13-15).

Quadro I – Objectivos e resultados da actividade médica em função das qualificações dos clínicos intervenientes

Objectivos finais da actividade médica	1. Assegurar cuidados de saúde a cada HOMEM 2. Promover o estado de saúde das POPULAÇÕES
Qualidade do clínico interveniente	1. Ouvinte atento 2. Observador cuidadoso 3. Comunicador sensível 4. Promotor de saúde 5. Clínico eficaz
Resultados previsíveis	1. Doentes tratados e satisfeitos 2. Cuidados médicos qualificados

O conjunto de informações e conhecimentos técnicos consolidados por cada médico na pré-graduação e nos períodos de especialização subsequentes (num total de 10 a 12 anos de formação orientada) é, na actualidade, um capital insuficiente para enfrentar mais de 20 a 40 anos de vida profissional activa (Fig. 1).

A efemeridade do conhecimento técnico é uma evidência repetitiva (14, 16). Segundo alguns observadores, cerca de metade do conhecimento utilizado por um médico há cerca de 30 anos estaria desactualizada nos dez anos seguintes; por sua vez a outra metade de informação necessária nesse período ainda estava por elucidar. Na mesma ordem de ideias, metade dos conhecimentos que um médico deteria nessa data desvanecer-se-ia nos cinco anos seguintes (17). Com base nesta panorâmica e extrapolando para o presente, será irrealista admitir que a actualização dos conhecimentos e a competência profissional possam resistir, incólumes, sem o apoio de actividades de educação médica permanente.

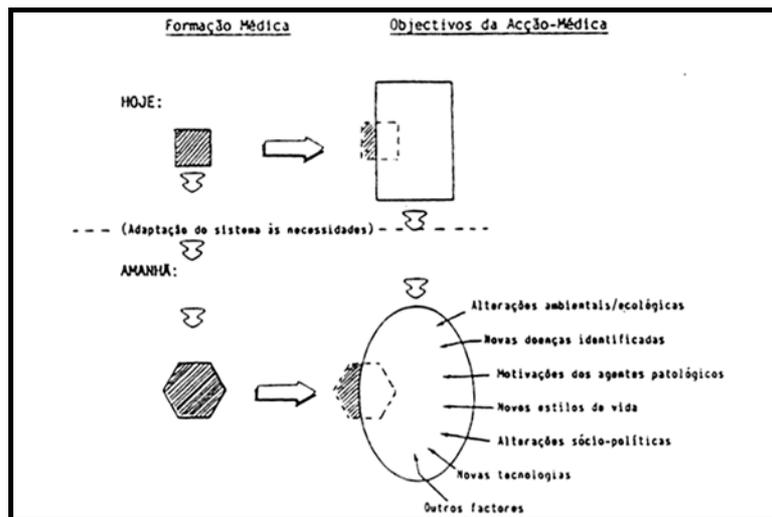


Fig. 1 – Esquema que relaciona o desequilíbrio potencial entre a formação médica do presente e a realidade das alterações entretanto verificadas, que justificam a adaptação permanente de conhecimentos e capacidades necessários à manutenção da competência profissional.

Num plano diferente de observação, há ainda que atender ao avolumar das informações científicas que os médicos dispõem para se manterem actualizados. Tome-se o exemplo do *Index Medicus*, que inclui referências sobre as publicações médicas mais representativas e respectivos conteúdos, editados anualmente. Ainda que a informação só caricaturalmente seja representável ao quilo, Durack (18) teve a ideia de registar o peso anual do *Index Medicus* publicado entre 1879 e 1977, como medida de aferição da quantidade de artigos médicos publicados nesses 98 anos. Não oferece dúvidas de que, em comparação com os 2kg do *Index Medicus* editado até 1930, e duplicados em 1955, o conjunto de conhecimentos médicos não mais deixou de aumentar em progressão quase geométrica até hoje (Fig. 2).

Em meados da década de 70 ter-se-iam publicado, anualmente no mundo, cerca de 2 milhões de artigos médicos (cit. em 19). Nesta ordem de grandeza qualquer clínico que pretendesse manter-se a par de toda a informação, teria de ler e compreender cerca de 5.500 artigos por dia. Naturalmente, a situação em causa é um absurdo total. Não haverá quem assimile tanta informação, e decerto é discutível a importância de grande parte desse material, por ser redundante, inútil ou até obsoleto para a competência do clínico.

Por conseguinte, entre o desgaste e a desactualização dos conhecimentos adquiridos no momento da licenciatura ou no fim da especialização, e a “montanha” de informações disponíveis para que um médico permaneça a par do progresso, terá que haver, fundamentalmente, bom senso.

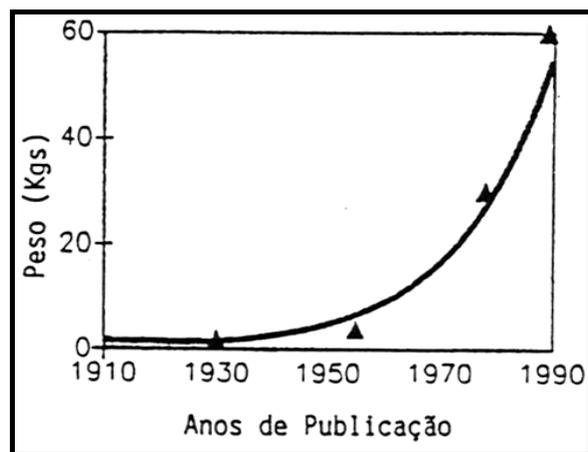


Fig. 2 – Evolução aproximada do peso do Index Medicus até 1990, simbolizando o aumento progressivo da informação científica na área médica (baseado em Durak, referência 18).

A comprovar a última afirmação, recorde-se o trabalho que Emerson e Colditz (20) elaboraram a partir de 760 artigos originais e revisões, publicados durante dois anos consecutivos no *New England Journal of Medicine*. Aqueles investigadores procuraram identificar o nível de conhecimentos sobre técnicas epidemiológicas e estatísticas que os clínicos necessitam para compreender integralmente os resultados e demais conteúdo dos artigos publicados. Verificaram que os conhecimentos sobre estatística descritiva (percentagens, médias e desvio padrão) bastavam para que os clínicos entendessem 58% dos trabalhos publicados naquele jornal. A compreensão do teste t de Student aumentava as probabilidades para 67%, e assim sucessivamente, até a um limite máximo mais próprio de um perito no assunto. É de realçar, contudo, que 42% dos artigos não seriam entendidos pelos médicos sem conhecimentos elementares de estatística.

Whitteridge (12) admitiu, com clarividência, a existência de dois tipos de conhecimentos novos em Medicina. O tipo mais fácil de estudar e aceitar incluiria factos aprendidos no ensino pré-universitário ou no ciclo básico da Medicina e que, de repente, adquirem importância clínica destacada; entre outros exemplos, citava a lei de Starling para o coração, cuja relevância veio a ser demonstrada a propósito da insuficiência cardíaca. O segundo tipo seria constituído pelos conhecimentos realmente novos, na generalidade provenientes das ciências experimentais, e perante os quais haveria que considerar o regresso à escola ou, pelo menos, à faculdade de medicina, para os poder compreender. Neste pressuposto Whitteridge advogava a actualização permanente do médico, quer para melhoria dos seus conhecimentos quer para um exercício profissional competente.

Todavia, é a competência profissional ditada pela capacidade de compreensão e de crítica de todas as áreas do conhecimento médico? Naturalmente que não.

Há prioridades de aprendizagem, a definir entre informações de primeira importância e outras que se poderão considerar dispensáveis (8, 21). Independentemente de outros critérios, nem sempre objectivos, as prioridades poderão ser transitórias enquanto um novo conhecimento ou procedimento não estiver divulgado. Foi o que sucedeu, p. ex., a propósito do uso da foto-coagulação na retinopatia diabética. Cerca de 18 meses depois da publicação do trabalho que divulgou aquele novo recurso terapêutico, com valor incalculável na prevenção da cegueira precoce dos doentes diabéticos, mais de 70% dos clínicos gerais ainda o desconheciam (22). A inclusão prioritária deste assunto num eventual programa da FMC a promover nessa época mereceria, decerto, aprovação generalizada.

Em princípio, não suscitará dúvidas a necessidade de uma aprendizagem frequente por parte dos profissionais com responsabilidades tão críticas como são as dos médicos. Tem sido sugerido que a competência que perdura toda a vida profissional resulta da participação regular em actividades de formação médica contínua (12, 14, 17). A obrigatoriedade da formação médica permanente (consagrada em grande parte nos Estados Unidos) é uma consequência das exigências das populações (e do poder político), para maior rigor e qualidade dos cuidados de saúde; os utentes dos serviços de saúde exigem virtualmente 100% de garantias na prevenção, diagnóstico, tratamento e prognóstico das situações patológicas comuns (23). Para lhes dar satisfação têm aumentado os gastos com recursos tecnológicos cada vez mais sofisticados, que requerem também conhecimentos mais aperfeiçoados, nem sempre porém justificados. Tem aumentado, também, a responsabilidade dos médicos perante a lei, por via de alegações de actos de negligência médica nalgumas situações que, na realidade, não são mais do que consequências biológicas naturais, sem solução ou inevitáveis. Para obviar ao máximo a incerteza, o médico resguarda-se numa multiplicidade de exames auxiliares e terapêuticas cautelosas. O advento de novos medicamentos, de novas técnicas de diagnóstico e terapêuticas que reforçam a possibilidade de salvar vidas que há uns anos estariam condenadas, cria ao médico obrigações (morais e sociais) de se manter actualizado para continuar clinicamente competente.

Todavia, será que a FMC contribuiu para melhorar realmente os cuidados de saúde prestados à população? A relativa escassez de estudos sobre o assunto constitui a principal dificuldade para uma resposta conclusiva.

Num estudo em que foram identificados erros comuns de prescrição terapêutica, o programa educacional instituído melhorou substancialmente o rendimento dos médicos participantes (21). Resultados semelhantes foram descritos em outros trabalhos, relativamente à actividade médica desenvolvida em hospitais e na área de cuidados primários de saúde (24-27).

Aqueles estudos, pelo modo criterioso como foram organizados, vieram confirmar a influência positiva que os programas da FMC exerciam no comportamento profissional dos médicos. Num dos trabalhos era ainda salientada a conjugação entre a melhoria do conhecimento e o impacto benéfico nos doentes tratados (25). Contudo, essa interrelação nem sempre foi observada (24) ou era insuficientemente clara (26), o que estaria na origem de algumas incertezas sobre o valor último da FMC.

A relativa imperfeição que vem sendo atribuída aos métodos educacionais utilizados na FMC e, particularmente, a avaliação da sua eficácia perante as necessidades dos doentes (19, 24), poderá justificar aqueles desacertos. Na realidade, é há muito reconhecido que a melhoria dos conhecimentos nem sempre se acompanha de uma maior qualidade de execução prática (28). Daí que alguns programas tenham privilegiado a melhoria da execução clínica, dando menor ênfase à modificação dos conhecimentos, com resultados finais nitidamente favoráveis (21).

Aquela posição poderá justificar estudos anteriores em que, com base numa auditoria a 5.499 registos de doentes tratados cirurgicamente, apenas 6% das deficiências encontradas resultariam de conhecimentos insuficientes, derivando a grande maioria (94%) de atitudes e gestos clínicos deficientes (29). Mais do que a quantidade de informação, a FMC deveria contribuir para melhorar a qualidade de raciocínio dos clínicos, tornando-os menos dependentes de conjecturas ou “modas” pouco fundamentadas (16).

Parece lógico que a actualização (indispensável) dos conhecimentos de cada médico e a melhoria de qualidade dos cuidados clínicos que presta, a cada doente, sejam realidades indissociáveis. Algumas das discrepâncias referidas serão o reflexo de limitações metodológicas, ou na detecção dos problemas, definição dos objectivos, processos educacionais e/ou avaliação dos resultados finais.

O estudo apresentado por Williamson e Cols (28) é, neste aspecto, bastante elucidativo; tinha como objectivo observar a resposta dos clínicos à presença de anomalias comuns em análises laboratoriais de rotina. Foi verificado que 65% dos médicos não valorizavam aquelas alterações. Após uma conferência plenária, o problema foi unanimemente considerado grave e justificativo de medidas correctoras. Curiosamente, não se verificou qualquer modificação dos resultados numa segunda avaliação, nem numa terceira, ambas subseqüentes ao envio dos memorandos específicos. A situação foi resolvida, com reflexos positivos nos cuidados clínicos, após recurso a um estímulo adicional: os médicos, para conhecerem os resultados dos exames que havia pedido, teriam de retirar um auto-colante fluorescente que os cobria. Este exemplo salienta, de certo modo, a importância da metodologia utilizada, eventualmente a seleccionar caso a caso nos programas da FMC que se pretendam eficazes.

Motivações e disponibilidades

A participação dos médicos nos programas da FMC é, na maior parte dos países, uma actividade estritamente voluntária (7). Por conseguinte, a motivação individual afigura-se como o principal indutor da educação permanente em Medicina, desenvolvida independentemente ou em grupos de trabalho (14, 21, 29).

Foi sugerido que o interesse pelas actividades da FMC se desenvolve precocemente, ainda na fase pré-graduada (30).

Aquela particularidade poderia ser uma consequência dos métodos educacionais utilizados. Relativamente aos processos tradicionais, os *curricula* baseados nos métodos de aprendizagem por resolução de problemas estimulariam os alunos a participar mais assiduamente nas actividades de FMC (31, 32). Estes resultados não foram, porém, confirmados em estudos subsequentes (33), o que deixa em dúvida a influência dos métodos de ensino pré-graduado na indução de hábitos de aprendizagem duradouros.

Identificam-se dois tipos principais de forças determinantes do comportamento humano, genericamente entendidas por motivações (intrínsecas ou extrínsecas).

As motivações intrínsecas são, como a designação faz supor, próprias de cada indivíduo, enquanto as extrínsecas englobam um conjunto de factores externos da natureza social, familiar, profissional, política e outras. Ambos os tipos induzem mudanças de comportamento, embora, com frequência, possam anular-se ou tornar incerto o resultado final (8). Por exemplo, o desejo de frequentar um curso pode constituir uma motivação intrínseca muito forte e, no entanto, ser impossibilitado por absoluta falta de tempo dos clínicos interessados; pelo contrário, aquela concretização pode ser fortemente apoiada pelos familiares ou amigos do participante, coadjuvando a motivação pessoal para uma mudança.

Num estudo realizado entre 340 médicos norte-americanos residindo em 26 localidades distintas, Fox e Cols (34) identificaram 10 principais factores determinantes de alterações do comportamento, agrupados em três subgrupos de motivações: profissionais, pessoais e um misto de ambas (Quadro II). Do conjunto sobressaíam as motivações profissionais (desejo de uma maior competência e pressão do meio clínico) como principal justificação para a frequência das actividades da FMC. Num segundo plano, era referida uma mistura de motivações pessoais e profissionais, tais como o desejo de maior remuneração ou de promoção na carreira. Finalmente, vinham as razões pessoais. As alterações atribuídas a pressões familiares ou comunitárias eram as menos valorizadas de todas.

A determinação do perfil dos médicos envolvidos nas actividades de FMC na Malásia conduziu a resultados semelhantes (35). Dos 400 clínicos

inquiridos, 78% participavam regularmente naquelas actividades. Entre as motivações indicadas destacavam-se três: desejo de actualização, empenho na resolução de problemas individuais dos doentes, e oportunidade para convívio com colegas. Em média, 2/3 desses clínicos despendiam cerca de sete horas semanais na educação permanente, enquanto metade precisava de duas a quatro horas semanais. Os médicos que participavam na FMC tinham, em geral, qualificações pós-graduadas, trabalhavam nos hospitais (designadamente universitários) das cidades principais, pertenciam a organizações médicas, liam (com regularidade) e assinavam jornais médicos, tinham responsabilidade destacadas no ensino e/ou na investigação, e exerciam actividades culturais em pelo menos uma organização social.

Quadro II – As 10 principais forças determinantes de alterações do comportamento médico (adaptado da Ref. 34)

Motivações profissionais	Desejo de maior competência Pressões do meio clínico Pressões institucionais
Motivações profissionais e pessoais	Desejo de melhor remuneração Desejo de promoção Pressões familiares e da comunidade
Motivações pessoais	Satisfação Curiosidade Oportunidade de relacionamento com colegas Cumprir normas

Pelo contrário, os médicos que não participavam na FMC alegavam, como maiores impedimentos, o excesso de trabalho clínico, as responsabilidades familiares ou o distanciamento geográfico dos locais de ensino. Em geral, aqueles clínicos exerciam actividades no sector privado, nos sectores alternativos da saúde pública, ou nas forças armadas. Não liam nem assinavam jornais médicos, não tinham formação pós-graduada, participavam menos em acções voluntárias de carácter social, e residiam com frequência em cidades pequenas.

Apesar das diferenças de usos e costumes que caracterizam as respectivas sociedades, note-se que ambos os estudos referenciados (29,34) são unânimes em realçar que o sentido de responsabilidade profissional é a principal determinante da participação na FMC. Os participantes regulares naquelas actividades procuram manter-se actualizados para serem profissionalmente eficazes. Motivações idênticas foram observadas por Cervero (36) entre os médicos de Chicago registados na educação contínua, bem como num grupo menor de clínicos gerais ingleses (37). Todavia, entre os clínicos em actividade no distrito

da Nova Iorque foi constatado que a melhoria de qualidade dos cuidados clínicos não era a principal razão para participarem na FMC (38).

No seu todo, as observações disponíveis sobre o que motiva o médico a interessar-se pela educação contínua indicam o envolvimento de factores diversos, uns sinérgicos outros antagónicos. As características individuais interagem com as do meio social, político e económico em que o médico vive.

A personalidade e comportamento do médico são o resultado de uma sequência de acontecimentos que precedem, em muito, a sua entrada na faculdade de medicina (14, 39). A educação profissional poderá destacar ou minimizar algumas dessas características pessoais mas, entretanto, o meio vivencial introduz novas variáveis, potencialmente influentes no comportamento e nas motivações individuais (8, 11).

A desmotivação profissional é uma das consequências das pressões negativas que o meio exerce na actividade médica contemporânea (Quadro III). O excesso de trabalho profissional, com frequência associado a dificuldades e frustrações, além de colidir com vida pessoal e familiar do médico, poderá ser a causa directa de uma sensação de futilidade desmotivadora (Fig. 3). A determinação para ultrapassar essas dificuldades encontra-se decerto entre os médicos mais interessados nas actividades de formação permanente.

Quadro III – Algumas razões para a desmotivação profissional

- Erosão do relacionamento médico-doente
- Depreciação da actividade médica por grupos exteriores
- Controlo crescente do exercício profissional pelo poder político
- Perda progressiva de independência profissional a favor da Medicina de grupo (pública e privada)
- Alteração das características da prática clínica pela especialização e sub-especialização tecnológicas.

Estruturas e metodologias

Admitindo que os clínicos têm motivações e disponibilidades para participar na FMC, e que esta é um processo educacional com utilidade comprovada, há que definir a estratégia que lhe confere eficácia, ou seja, em que a aprendizagem dos novos conhecimentos é associada à prática de atitudes e gestos renovados, em benefício dos doentes e melhoria de qualidade dos cuidados de saúde.

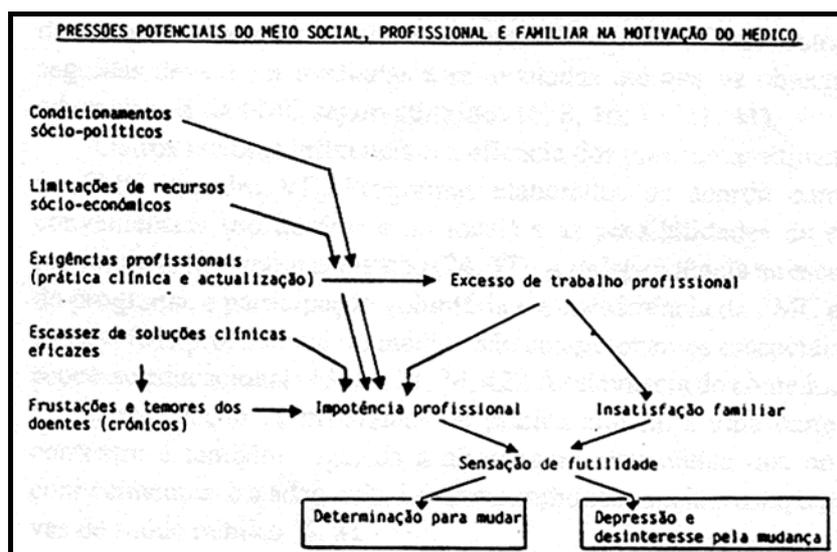


Fig. 3 – Interações potenciais do meio com as motivações e capacidades do médico.

Cinco questões básicas condicionam os resultados da FMC (Quadro IV): quem deve participar nas acções de formação? Como deve decorrer e que resultados serão utilizados? Onde realizar a aprendizagem? Quando terá mais utilidade a educação permanente? Que tipo de assuntos se justifica abordar?

Quadro IV – Questões essenciais da formação médica contínua

(a) Objectivos e fundamentos	(b) Participantes, estruturas, meios e conteúdos
Justifica-se?	Quem?
Tem utilidade comprovada?	Como?
Há motivações?	Onde?
Há disponibilidade?	Quando?
Há estruturas e meios eficazes?	O quê?

A resposta àquelas perguntas requer estudos apropriados e uma análise aprofundada sobre todos os factores intervenientes na FMC. O médico é apenas um das partes de um conjunto em que sobressaem aspectos sociais, políticos económicos (8). Independentemente das alterações frequentes desse meio e das motivações pessoais, também os objectivos da FMC estão sujeitos a modificações de conteúdo e de perspectivas.

A eficácia da FMC surge associada à interacção (dinâmica) de três principais pólos de actividade: estrutura, metodologia educacional e mecanismos de aprendizagem (Fig. 4).

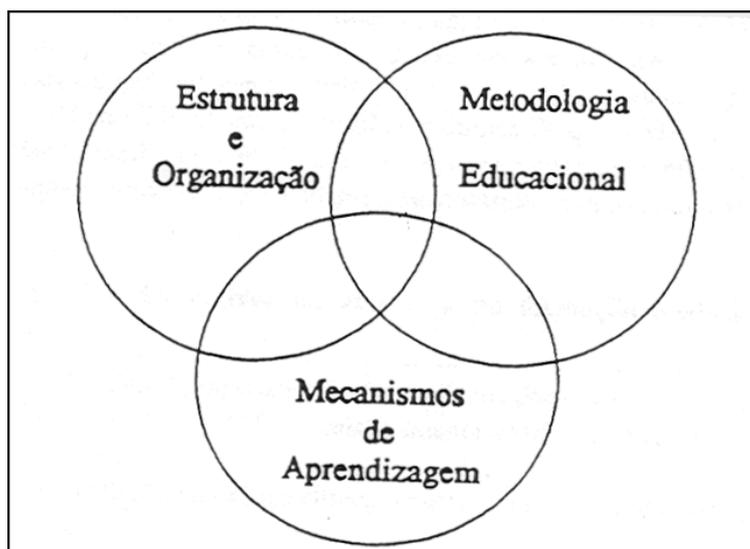


Fig. 4 – Componentes interativos no sistema de formação médica contínua.

Não é indiferente a todos os médicos que a educação permanente seja feita por si, na sua residência, ou num hospital em cursos próprios e estruturados. Igualmente, alguns educandos aprendem mais através de palestras enquanto outros preferem o trabalho clínico. Por fim, alguns sistemas privilegiam a FMC à responsabilidade das faculdades de medicina enquanto outros dão preferência a organizações médicas não-universitárias (6, 8, 17, 40).

É compreensível que a aprendizagem contínua do médico não se identifique com a do estudante de Medicina. O médico possui conhecimentos, experiência prática e automatismos profissionais que o estudante ainda não tem. Uma das razões sugeridas (16) para o insucesso de muitos cursos pós-graduados reside na ausência de estímulos de aprendizagem, em que se incluem as motivações específicas, a consciência da necessidade de correcção, e a oportunidade para praticar e actualizar o que é aprendido (Quadro V).

O médico que participe na FMC é um estudante adulto e, como tal, terá que aprender/ser ensinado de acordo com os princípios pedagógicos adequados (8, 16).

O melhor método para se aprender varia de indivíduo para indivíduo. Sendo a FMC uma actividade voluntária, os participantes escolherão os métodos com que se identificam. A auto-aprendizagem, sobretudo relacionada com as actividades clínicas habituais, será o processo que melhor se enquadra na escassa disponibilidade habitual do médico (6, 13, 14, 17, 29, 34). Isto não significa, porém, que os processos e meios utilizados na FMC fiquem ao critério exclusivo do educando. Entre outras razões há que desta-

car dificuldades de auto-crítica no que se refere à identificação de erros, insuficiência de conhecimentos ou comportamentos inadequados (Quadro V).

Quadro V – Formação médica contínua

(a) Princípios para a educação do adulto

- Auto-orientação
- Experiência pessoal no assunto
- Necessidade de aprender
- Atracção por problemas

(b) Condições para aprendizagem do estudante adulto

- Estar consciente de que o seu comportamento actual é inadequado
- Estar motivado para modificar o seu comportamento
- Ter perfeita compreensão do comportamento a adquirir
- Ter a oportunidade para exercer o que aprendeu com materiais adequados
- Ter possibilidade de reforçar continuamente os novos comportamentos e conhecimentos

Por conseguinte, a definição dos programas educacionais que se pretendem eficazes passa pela resolução de três pontos básicos (Fig. 5): primeiro, é

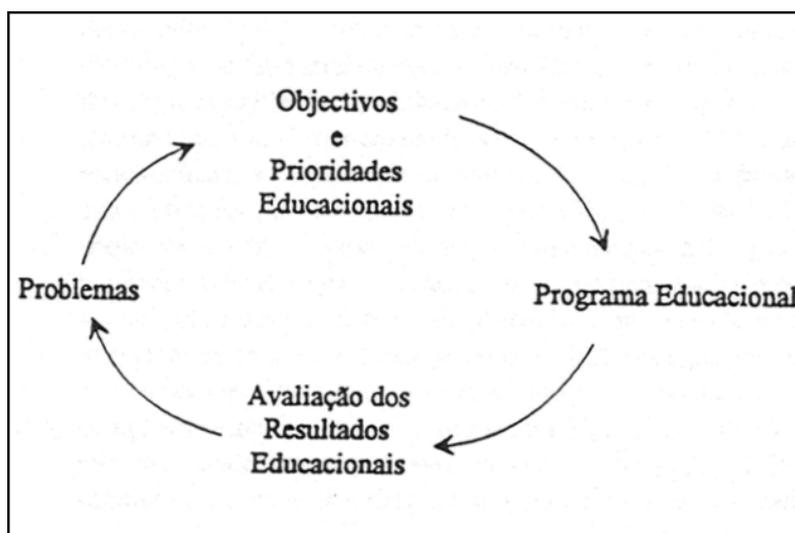


Fig. 5 – Sequência elementar da aprendizagem e metodologias adequadas à formação médica contínua.

necessário identificar as necessidades (conteúdos e perícias) e os problemas profissionais dos participantes; segundo, os métodos a utilizar para a correcção daqueles comportamentos não deverão ser impostos; por último, a aprendizagem e as metodologias seguidas devem ser avaliadas e reavaliadas até que os objectivos educacionais da FMC sejam atingidos (6, 8, 16, 17, 21, 41).

Outros factores influenciam a eficácia dos programas utilizados na FMC (Quadro VI). Programas elaborados de acordo com as conveniências (no horário e no local) e as possibilidades de cada participante têm maior aceitação (24, 37). A independência na escolha do programa, a participação voluntária e a coexistência da FMC com a actividade profissional do médico são condicionantes essenciais do processo educacional (13, 14, 21, 34, 42). A relevância do conteúdo da FMC, em função de problemas da prática clínica, é uma parte do contexto: é também sugerida a abordagem sistemática dos novos conhecimentos e a adaptação às novas realidades sociais e expectativas de saúde pública (6, 8). Com base nos pressupostos anteriores, admite-se que a FMC possa recorrer a diversos processos e conteúdos, desejavelmente direccionados para um objectivo eficaz. A participação em palestras, conferências telegravadas, cursos, mesa-redonda, seminários, actividade clínica com auditoria, simulações clínicas informatizadas e/ou leituras especializadas são modalidades potencialmente úteis na FMC (8). A colaboração docente de médicos qualificados e especializados na FMC é uma parte importante da educação contínua, quer no apoio à aprendizagem dos participantes quer para avaliação dos seus resultados. A composição multidisciplinar dos grupos médicos de apoio docente melhora a qualidade da FMC (6, 13).

Quadro VI – Formação médica contínua: recomendações para um programa educacional eficaz

- Baseado nos métodos pedagógicos de educação de adultos
- Adequado ao local de actividade clínica e horário disponível do participante
- Baseado e relevante para a actividade clínica do participante
- Adaptado aos novos conhecimentos e às necessidades sociais e expectativas de cuidados de saúde
- Individualizado
- Passível de auto-avaliação
- Validado por auditoria em “peer-review”
- Creditado

Os objectivos da auditoria na FMC são diversos (Quadro VII). Permitem aferir os resultados clínicos pelos registos dos doentes, definir critérios e verificar o seu cumprimento ao longo do tempo.

A creditação dos resultados finais de aprendizagem da FMC é um passo indispensável para a credibilidade e idoneidade do processo (13, 43). Entre outras vantagens, a atribuição de créditos às actividades da FMC implica na definição de padrões mínimos de qualidade. Será inevitável a melhoria de qualidade dos seus programas, com reflexos numa maior atracção de participantes, em contraste com o descrédito de outros programas sem qualificações aceitáveis (40).

Quadro VII – Objectivos da auditoria na formação médica contínua

- Verificação da qualidade dos cuidados prestados
- Aferição dos critérios, relativamente ao local e situações clínicas
- Avaliação da prática clínica perante os critérios estabelecidos
- Correção das deficiências verificadas
- Reavaliação periódica, para verificação das modificações necessárias da prática clínica.

O valor dos créditos atribuídos às diversas actividades da FMC depende da orgânica do sistema de saúde a que pertencem os participantes. Se o sistema prestador de cuidados de saúde não valorizar nem estimular a FMC, a creditação desta terá valor simbólico para os participantes. A situação é radicalmente distinta nos sistemas que condicionam a renovação da licença para a prática clínica à frequência regular e creditada de actividades da FMC. Por estes motivos, a FMC nos EUA e Canadá é actualmente comparada a uma indústria organizada para cerca de meio milhão de clínicos, seus consumidores regulares (40).

Embora a obrigatoriedade da FMC seja uma proposta já antiga, a aplicar a todos os clínicos em exercício, que ainda seriam coagidos a recertificações regulares (13, 17), subsistem dúvidas sobre a eficácia de acções compulsivas no sentido de melhorar o comportamento clínico. Uma posição alternativa seria criar estímulos, oportunidades e necessidades que justificassem a adesão dos médicos a um sistema de educação permanente (6).

Finalmente, a aprendizagem e a metodologia utilizada estão interrelacionadas com o tipo de organização responsável pela FMC. Teoricamente, todos os programas projectados para a FMC são oportunidades aceitáveis para uma educação individualizada. Porém, na prática permanece o problema da credibilidade desses programas, que tanto podem ser fornecidos por instituições oficiais como por sociedades científicas ou entidades privadas. Daqui resulta que, entre outras críticas, se afirme que estes fornecedores constituem um conjunto descoordenado, não orientado para as necessidades dos participantes, desprovido de um sistema de avaliação isento e/ou que não incentiva a participação activa do médico (8, 40).

A propósito, tem interesse destacar a orgânica da FMC nos dois países em que está mais solidamente implantada. Assim, no Canadá, as faculdades de medicina são as únicas organizações creditadas para a educação permanente, enquanto nos Estados Unidos da América o leque de fornecedores creditados é muito mais alargado (40). As associações médicas nacionais de ambos os países, embora não sejam fornecedores, apoiam e creditam as actividades da FMC. Ambos os sistemas têm apoiantes e detractores (8).

É admissível que o clínico altere o seu comportamento em função do que aprende através dos programas formais mas, também, por um conjunto de influências informais (p. ex. por leituras específicas, contactos com colegas ou pela experiência clínica diária). Por conseguinte, os cursos formais organizados por fornecedores diversos poderão ter utilidade como indutores de novos comportamentos e conhecimentos, a completar vantajosamente pela acção individualizada e independente do participante. As possibilidades são muitas (Quadro VIII) e haverá que enquadrá-las num sistema validado (40) mas que não seja asfixiado pela burocracia, pelo oportunismo ou pela demagogia (11). A rapidez do desenvolvimento dos conhecimentos e tecnologia na área médica poderá justificar que a preparação formal dos clínicos na FMC seja ministrada em instituições especializadas de âmbito superior.

Quadro VIII – Mecanismos possíveis para a formação médica contínua

Categoria 1 – Participação como aluno	<ul style="list-style-type: none"> – Palestras formais – Sessões para resolução de problemas – Sessões de mesa-redonda, simpósios – Auto-aprendizagem (p. ex. pela leitura, computador pessoal, teleconferências)
Categoria 2 – Participação activa	<ul style="list-style-type: none"> – Actividade profissional regular – Docência – Prelecções – Apresentações científicas / clínicas em reuniões científicas – Auditoria profissional – Publicação de trabalhos profissionais

O modelo anglo-saxónico tradicional (45) ou, mais recentemente, a proposta de intervenção de faculdades de medicina especializadas na educação permanente (46), possibilitaria – com o apoio de docentes universitários e espe-

cialistas com grande experiência da FMC e qualificação superior – uma formação interactiva, actualizada, dirigida para participantes heterogéneos e com problemas práticos concretos. Neste sistema, a FMC seria programada por associações médicas nacionais (de âmbito profissional e científico) e colégios da especialidade, em função das necessidades objectivas dos clínicos, sendo executada pelos centros de formadores. Por conseguinte estes centros teriam autonomia na escolha dos docentes e na definição dos métodos pedagógicos, mas sem interferirem na selecção dos temas de formação permanente.

Entretanto, em Portugal a FMC está nos primórdios, apesar de esforços dispersos e pertinentes declarações de princípio (3, 5, 15). Grande parte das actividades planificadas tem sido dirigida aos clínicos gerais e desenvolvida a nível de centros de saúde (3, 15). Adicionalmente, são conhecidas múltiplas acções a decorrer constantemente pelo país, organizadas por faculdades de medicina, hospitais (centrais, distritais, regionais), casas de saúde, sociedades científicas, organizações privadas diversas e pela indústria farmacêutica. Muitas dessas actividades não visam a correcção de comportamentos clínicos. Reflectem frequentemente os objectivos dos organizadores, sem se dirigirem às necessidades dos participantes. Todavia, a quantidade destas reuniões ultrapassa o que se poderia imaginar, sendo usual haver sobreposição de temas e de actividades semelhantes nos mesmos locais e horários (47).

A FMC é, sem dúvida, um tema importante e aberto a medidas que assegurem a actualização e manutenção da competência profissional dos médicos (48). Nesse sentido, torna-se prioritário evitar que a FMC seja confundida com acções mais conotadas com objectivos económicos de terceiros, e menos (ou nada) com as necessidades técnicas e deontológicas dos médicos.

Agradecimentos: A Emília Alves, que dactilografou o texto.

Bibliografia

- 1 – Statement on Medical Education in Europe – Med Educ 24:78-80, 1990.
- 2 – The Edinburgh Declaration – Med Educ 22:481-2, 1988.
- 3 – Cândido de Oliveira J – Educação médica contínua. Rev Port Terap Méd 2:71-9, 1968.
- 4 – Edwards CC – Has the profession lost control of medical education? JAMA 239: 2463-5.1978.
- 5 – Machado H – Organização da formação em clínica geral. O Médico 114: 626-38, 1986.
- 6 – Parry KM – Effective continuing medical education. Med Educ 24:546-550, 1990.

- 7 – Paccagnello B – Alternatives and options for funding continuing medical education: a debate. *Med Educ* 24:74-7, 1990.
- 8 – Fox RD – New horizons for research in continuing medical education. *Acad Med* 65:559-5, 1990.
- 9 – Memorando sobre o Ensino Superior na Comunidade Europeia – Task Force Recursos Humanos. Comissão das Comunidades Europeias. Bruxelas, 1991.
- 10 – L'enseignement Supérieur et l'Europe après 1992 – L'enseignement de la Médecine dans la Communauté Européenne (relatório por Karle H, Kennedy TE), Comissão das Comunidades Europeias, Leuven, 21-23 Juin 1989.
- 11 – Dunea G – Continuing education. *Br Med J* 2:679-681, 1978.
- 12 – Whitteridge D – Learning and relearning. *Lancet* 2:7096-7, 1959.
- 13 – Anlyan WG – Recommendations for the future of the continuum of medical education. *N Engl J Med* 297:110-2, 1977.
- 14 – Gray JAM – Continuing medical education: retooling and renaissance. *Lancet* i: 1261-2, 1986.
- 15 – Ribeiro da Silva J – A educação médica contínua. A clínica no ensino, o ensino na clínica. *O Médico* 126:34-6, 1992.
- 16 – Scott AI – Continuing education: more or better? *N Engl J Med* 295:444-5, 1976.
- 17 – Yaillancourt G – La formation médicale continue. Perspectives d'avenir. *Nouv Presse Méd* 7:1479-82, 1978.
- 18 – Durak DT – The weight of medical knowledge. *N Engl J Med* 298:773-5, 1978.
- 19 – Haynes BR, Davis DA, McKibbon A et al – A critical appraisal of the efficacy of continuing medical education. *JAMA* 251:61-4, 1984.
- 20 – Emerson JD, Colditz GA – Uses of statistical analysis in the New England Journal of Medicina. *N Engl J Med* 309:709-12, 1983.
- 21 – Laxdal OE, Jennett PA, Wilson TW et al – Improving physician performance by continuing medical education. *Can M Assn Journal* 118:1051-8, 1978.
- 22 – Stross JK, Harlan WR – The dissemination of new medical information. *JAMA* 241:2622-4, 1974.
- 23 – Wentzel RP – The development of academic programs for quality assessment. *Arch Int Med* 151:653-4, 1991.
- 24 – Sanazaro PJ, Worth RM – Concurrent quality assurance in hospital care: report of a study by private initiative in PSRO. *N Engl J Med* 298:1171-7, 1978.
- 25 – Linn BS – Continuing medical education: impact on emergency burn care. *JAMA* 244:565-70, 1980.
- 26 – Sibley JC, Sackett DL, Neufeld VR et al – A randomized trial of continuing medical education. *N Engl J Med* 306:511-5, 1982.
- 27 – Avorn J, Soumerai SB – Improving drug therapy decision through education outreach: a randomized controlled trial of academically based “detailing”. *N Engl J Med* 308:1457-63, 1983.
- 28 – Williamson JW, Alexander M, Miller GE – Continuing education and patient care research. Physician response to screening test results. *JAMA* 20:118-22, 1967.

- 29 – Ashbaugh DG, McKean RS – Continuing medical education. The philosophy and use of audit. *JAMA* 236:1485-8, 1976.
- 30 – Krowka MJ, Peck OC – Continuing medical education as viewed by medical students. *J Med Educ* 54:53-4, 1979.
- 31 – Walton HJ, Mathews MB – Essentials of problem-based learning. *Med Educ* 23:542-58, 1989.
- 32 – Friedman CP, de Blick R, Greer DS et al – Charting the winds of change: evaluating innovative medical curricula. *Acad Med* 65:8-14, 1990.
- 33 – Tolnai S – Continuing medical education and career choice among graduates of problem based and traditional curricula. *Med Educ* 25:414-20, 1991.
- 34 – Fox RD, Mazmanian PE, Putnam RW – “Changing and Learning in the Lives of Physicians”, New York: Praegar, 1989.
- 35 – Shahabudin SH, Edariah AB – Profile of doctors who participate in continuing medical education in Malaysia. *Med Educ* 25:430-7, 1991.
- 36 – Cervero RM – A factor analytic study of physician’s reason for participation in continuing education. *J Med Educ* 56:29-34, 1981.
- 37 – O’Dowd TC, Spackling PD – Continuing medical education in general practice. *Br Med J* 298:1472, 1989.
- 38 – Rothenberg E, Wock M, Schmidt S et al – Continuing medical education in New York County: physician attitudes and practices. *J Med Educ* 57:541-9, 1982.
- 39 – Hardeville LM – Anticipatory socialization of medical students. *J Med Educ* 50:431-5, 1981.
- 40 – Escovitz GH, Davis D – A bi-national perspective on continuing medical education. *Acad Med* 65:545-50, 1990.
- 41 – Williamson JW, Alexander M, Miller GE – Priorities in patient-care research and continuing medical education. *JAMA* 204:93-8, 1986.
- 42 – Lareng L – La formation médicale continue. *Nouv. Presse Méd*; 4:510-2, 1975.
- 43 – Smith R – Medical education and the GMC: controlled or stifled? *Br Med J* 298:1372-5, 1989.
- 44 – Murray TS, Dyker GS, Campbell LM – Continuing medical education and the education allowance: variation in credits obtained by general practitioners. *Med Educ* 26:248-50, 1992.
- 45 – Proye C – L’enseignement post-universitaire des spécialistes. Un exemple britannique. *Nouv Presse Med* 6:1891-4, 1977.
- 46 – Forgács I – Continuing education and medical schools. *Med Educ* 26:85-6, 1992.
- 47 – Martins e Silva J – O excesso de reuniões médicas e a falta de uma educação médica contínua planificada. *Rev Ordem Méd Junho*: 8-10, 1991.
- 48 – Pinto Correira J – Educação Médica. Um processo em transformação. *Acta Méd Port* 2:165-6, 1988.

Formação Médica Contínua – Uma Responsabilidade a Partilhar*

A qualidade da Formação Médica é um assunto delicado que ultrapassa interesses educacionais e corporativos, projectando-se no plano das questões nacionais prioritárias. Teoricamente, a eficácia e categoria da Assistência Médica prestada às populações seriam corolários naturais de preparação e de actualização dos conhecimentos alcançados pelos clínicos intervenientes. Na realidade, o sistema é intervencionado por outras variáveis relevantes, com destaque para as de natureza social e política. Quanto mais peso tiverem estes factores interferentes, pelo condicionalismo que provocam, mais difícil se torna responsabilizar a Formação Médica pelos êxitos ou pelos erros verificados na prática assistencial. Isto não obsta, porém, que as carências e erros (ao contrário do sucesso) ainda sejam frequentemente atribuídos a quem faz e não a quem gere as circunstâncias.

As perspectivas e os conceitos definidos sobre a Formação Médica contemporânea têm registado profundas alterações nas últimas três décadas. A formação médica é cada vez mais entendida universalmente como um *continuum* educacional que começa na adolescência do futuro clínico e termina na sua reforma. A pré-graduação que confere o grau de licenciatura não é mais o fim último mas sim o princípio da aprendizagem, a “instrução primária” da Medicina. Segue-se a fase de especialização (pós-graduação) e, depois desta, restam ainda três a quatro décadas de vida profissional activa, sem tutela directa e que se sobrepõe ao período proposto para a Formação Médica Contínua.

Embora o saber por “experiência feita” seja um valor sólido, não é eticamente legítimo que os cuidados assistenciais continuem a estar dissociados da actualização (contínua) de conhecimentos por quem os disponibiliza. O risco da desactualização técnica e tecnológica tende a acentuar-se particularmente entre os grupos etários mais avançados, nos médicos mais isolados e nos que vivem afastados dos principais centros hospitalares e universitários.

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

rios. Uma fracção importante desses médicos detém unicamente o grau de licenciatura, não esteve integrado nas carreiras médicas, começou a exercer clínica logo que concluiu o curso, e talvez nunca tenha participado em reuniões ou cursos de actualização creditada. Esta situação não é porém exclusiva do meio nacional.

Governos e associações médicas profissionais de diversos países, conscientes da gravidade da situação – numa época caracterizada por pandemias sem controlo próximo e em que metade dos conhecimentos teóricos estarão desactualizados cinco anos mais tarde – e das repercussões daí emergentes na qualidade dos actos médicos, vêm juntando esforços na criação de meios que influenciem o comportamento profissional dos clínicos e que, subsequentemente, melhorem a qualidade da assistência médica prestada. Nesta perspectiva a Formação Médica Contínua emergiu como uma necessidade social que urge assegurar aos médicos, de modo a melhorar e actualizar os seus conhecimentos e a qualidade dos seus cuidados clínicos.

Nas sociedades que souberam organizar-se com mecanismos simples e eficazes, do tipo “Problemas = Soluções = Respostas”, a Formação Médica Contínua não se tomou (mais) um conjunto de palavras sem implicações concretas. Pelo contrário, a Formação Médica Contínua foi considerada uma efectiva prioridade educacional, dotada de orçamento próprio, operacionalidade reconhecida e resultados creditados com propósitos específicos.

Em Inglaterra, por exemplo, aquele tipo de sistema vigora há mais de vinte anos. Ao fim deste tempo foi já possível tirar conclusões sobre o que não funciona bem, acertar e procurar novas soluções. J. Wood, num artigo de revisão publicado em 1988 sobre a educação contínua para clínicos gerais, salientou um ponto que será da maior pertinência nesta questão: “*a educação, para ser eficaz, deve basear-se no trabalho que se faz e no local em que é realizado*”. Tomada à letra, esta reflexão põe em causa a metodologia tradicional, de uso quase universal: prelecções (teóricas) por um perito para audiências numerosas, sobre temáticas oportunistas, em geral seleccionadas por quem organiza e não com base nos interesses (pragmáticos) de quem assiste.

O panorama da incipiente Formação Médica Contínua vigente em Portugal é dominado pelo voluntarismo (e/ou protagonismo) individual, pelos interesses (imediatos) de instituições privadas e pela indiferença das instituições governamentais. Estará bem avisado quem não esquecer que a Educação e Saúde ainda são mais rótulos do que substratos, nos dias que decorrem.

As vistas continuam demasiado curtas para ser entendido (até numa perspectiva contabilística) que é mais caro (social e economicamente) não regulamentar a actualização profissional numa área tão crítica como o é a formação médica do que estabelecer um sistema de responsabilidades partilhadas, cimentadas por interesses comuns. O Estado será o primeiro interes-

sado na Saúde das populações, que lhe cabe garantir por cuidados assistenciais eficazes que reduzam o absentismo e as dependências ao mínimo possível. As organizações médicas profissionais, e cada clínico individualmente, deverão preocupar-se em que a actualização de conhecimentos e perícias sejam assegurados, que a qualidade seja avaliada e que os resultados sejam creditados com rigor, contribuindo para a hierarquização dos valores e das categorias profissionais. Finalmente, as sociedades científicas poderão colaborar eficazmente na definição de objectivos, processos e conteúdos, sem outro objectivo que não seja o de pugnar pelo progresso da ciência que cultivam, e pela melhor aplicação prática desse progresso.

Uma coisa é certa, a Formação Médica Contínua adquiriu importância intrínseca e justifica um estatuto próprio, a apoiar formalmente por todos os intervenientes directos e indirectos. Para que a Assistência Médica comece a ser efectivamente um bom reflexo da Educação Médica.

A Informação em Formação Médica Contínua*

Em artigo de opinião recém-publicado em *The Lancet* foi apresentada uma breve retrospectiva sobre os principais programas de informação médica, transmitidos por rádio ou televisão para todo o território dos Estados Unidos da América. Nos casos analisados incluíam-se duas estações radiofónicas e três de televisão, dotadas de meios sofisticados para emissão e captação, por cabo ou satélite. Em qualquer dos casos, os promotores (em que se incluía a poderosíssima *American Medical Association*) pretendiam assegurar a formação contínua dos médicos norte-americanos. Para o efeito eram assegurados horários próprios de transmissão e retransmissão, sendo os programas dirigidos para instalações próprias em hospitais, consultórios ou residências dos médicos. O sistema mais sofisticado de todos, accionado em 1992, teve a particularidade de disponibilizar informações por satélite. Os programas eram pré-seleccionados por computador, consoante a especialidade clínica e a localização geográfica, dispondo cada médico, para o efeito, de um monitor de televisão, gravador, fax e sistema interactivo. Através deste sistema, cada médico participava nas acções de formação contínua, sendo creditado através da resolução de perguntas de escolha múltipla. O sucesso e a elevada participação registados neste programa, atendido no próprio local de trabalho do formando, não impediram, lamentavelmente, o seu cancelamento ao fim de dois anos de acção. Neste caso, como em anteriores entretanto também interrompidos, o principal obstáculo foi o custo elevado dos programas, que excedeu as possibilidades (e interesses custo-benefício) dos seus principais apoiantes, as indústrias farmacêuticas.

Os ensinamentos a retirar de tão frustrante experiência (igualmente muito significativa por ser vivida num país de potencialidades e realizações paradigmáticas, que está para a Medicina contemporânea quase tanto como as cidades santas estão para os crentes), assumem particular importância quando as justapomos às pretensões nacionais, sobre uma próxima organização e accionamento da Formação Médica Contínua. Não haverá dúvida de

* NE – In: Boletim da SPEM 1996; 6(1): 1-2.

que, em Portugal – cujos recursos financeiros são manifestamente ínfimos, em que não há tradição de educação permanente (ou reciclagem sistemática de conhecimentos), e onde os hábitos e exigências de qualidade padronizada são demasiado permissivos – também a FMC dificilmente terá sucesso. Porém, o principal risco poderá ser – sempre e mais uma vez – o desenvolvimento oficializado de “qualquer coisa informe”, a que alguns responsáveis transitórios terão a tendência para designar por *Formação Médica Contínua*, conferindo-lhe significados inexistentes e dotando-a de creditações que não existem. Simplesmente por ser *nada*.

Admitindo que a *Formação Médica Contínua* é uma fase educacional necessária e/ou indispensável para o desempenho actualizado de cuidados clínicos, haverá que definir um conjunto de normas que a experiência sugere como essenciais para o êxito do programa. Dessa lista resumida (Quadro I), talvez que os pré-requisitos mais importantes sejam a *motivação individual*. A par com a prática da *auto-aprendizagem* que o formando terá adquirido ao longo da sua vida académica e profissional (primeiro no curso de pré-graduação e, posteriormente, na fase de internato em instituições de Saúde.

Quadro I – Requisito para o sucesso de acção da Formação Médica Contínua

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">– Interesse intelectual, motivação profissional e responsabilidade ética– Experiência prévia em acção de auto-aprendizagem– Pertinência da temática– Escolha da temática pelo formando– A desenvolver quando as informações sobre determinada temática são mais necessárias– Desenvolvimento em local mais conveniente para o formando– Disponibilidade e prática dos meios tecnológicos pelo formando– Disponibilidade para participação interactiva– Auto-avaliação e possibilidade de creditação dos resultados da avaliação definida– Adequação do programa de formação à conjuntura social e recursos disponíveis. |
|--|

Não haverá dúvida de que o sucesso do programa se apoia também na *pertinência* da informação, na *oportunidade* em que é transmitida, no *local* em que decorre, no facto de ser uma *resposta a uma pretensão* (e não uma imposição), por permitir o *diálogo* e/ou dispor de *meios* de suporte adequado à aprendizagem.

Não menos importante, a auto-aprendizagem, para ser eficaz, tem de ser avaliada e os resultados aí obtidos deverão servir para creditação.

Finalmente, a metodologia e as tecnologias utilizadas deverão acompanhar a inovação e, sobretudo, ir ao encontro das limitações dos formandos, apoiando-os nas suas carências e dificuldades. Efectivamente, será difícil

aceitar acções de ensino em que o prelector se dirige a uma audiência maioritariamente constituída por indivíduos de meia-idade, coagidos a permanecerem sentados horas seguidas em auditórios construídos para jovens em décadas anteriores.

Nesta perspectiva, cabe realçar o impacto que a Internet e outras redes de comunicação vieram trazer a cada aluno, médico ou qualquer outro cidadão que, com pouco dispêndio financeiro, pode organizar um posto interativo na sua casa, escritório ou consultório, com base num sistema digital aludado à companhia de telefones. Por isso, não se afigura excessivo que a Formação Médica Contínua venha a ser também, em futuro próximo (ou já no presente), particularmente beneficiada pelas informações disponibilizadas pela Internet ou através de sistemas preparados para a realidade virtual. Sem esquecer, contudo, que a modernidade nem sempre é a melhor solução, quando o que existe dá resultados satisfatórios.

O senso-comum continua a ser recomendável nestas situações.

Acesso à Formação Qualificada para Toda a Vida Profissional*

1. 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, o treino e conhecimentos desses profissionais eram orientados pelas exigências do meio, embora condicionados pelas possibilidades do momento. Através dessa política economicamente conservadora era sustido o desemprego qualificado e, em simultâneo, ficavam satisfeitas as aspirações mais básicas de sociedades pouco exigentes. O *numerus clausus* instituído em algumas das áreas do ensino superior funcionou (e continua a actuar) como válvula de segurança adicional do sistema educacional, deste modo restringindo o acesso a uma fracção (reduzida) dos que se candidatam anualmente a esses cursos.

2 A licenciatura em Medicina tem sido um bom exemplo deste condicionamento de acesso ao ensino universitário. Em Portugal o *numerus clausus* foi instituído no ano lectivo de 1977/78, na sequência de um período turbulento. Por via da indefinição legislativa das tutelas da Educação e da Saúde, que se arrastava desde fins dos anos sessenta, resultou o livre ingresso anual de milhares de alunos nas (então três) Faculdades de Medicina nacionais. A degradação educacional daí resultante suscitou grande apreensão sobre o nível de preparação médica e futuro profissional dos licenciados naquelas condições. Todavia, foi a ameaça de sub-emprego médico pelo excesso de oferta que funcionou aqui como principal travão de ingresso nas Faculdades de Medicina, a partir da década de 80.

3. Nenhuma situação permanece estável ao longo dos tempos. A perspectiva economicista atrás referida afigura-se em vias de ser substituída por um novo paradigma, mais flexível e aberto às flutuações do meio social, económico e político.

* NE – In: Agenda da FML 1998; 84:1-2.

4. A planificação do ensino superior tem actualmente que tomar em consideração três factores de peso crescente: a aplicação ao ensino das novas tecnologias de comunicação, a comercialização do conhecimento, e a actualização e formação contínua ao longo da vida profissional.

5. A *massificação* do ensino superior, progressivamente mais acessível e recomendado às novas gerações como via indispensável para o sucesso individual e progresso sócio-económico das comunidades a que pertencem, está a originar inevitáveis dificuldades. Por um lado, o aumento da população estudantil requer meios e recursos educacionais suplementares e, por outro, exige o desenvolvimento de emprego que absorva os novos profissionais daí resultantes. A experiência diz-nos que as decisões políticas que estimulam (ou recomendam) o aumento da população universitária nem sempre tomam em conta as variáveis críticas do mercado de trabalho. O emprego temporário e a proletarização do emprego qualificado são consequências inevitáveis quando a oferta é inferior à procura. Adicionalmente, a carência de recursos educacionais adequados favorece a formação de profissionais subqualificados. A Medicina é mais uma das áreas potencialmente afectadas por planeamentos pouco rigorosos.

6. Deixando de lado as hipóteses anteriores, atenda-se agora a outra consequência da maior procura do ensino superior pelos jovens candidatos a um futuro bem sucedido. Sendo limitadas as vagas disponíveis no ensino público, rapidamente proliferam formas alternativas do ensino superior privado. A comercialização de conhecimentos é uma realidade que veio para ficar, sendo crescente o número de instituições que se organizam e prontificam a ensinar os mais diversos cursos de especialização, bacharelato e licenciatura, além dos que também preparam o ingresso dos candidatos nesses mesmos cursos. Este ensino, leccionado por institutos e universidades privadas, reconhecidas e creditadas pelo Ministério da Educação, poderá gerar alguns conflitos (de princípios e/ou de facto) com o ensino universitário público. As crescentes tentativas de penetração das instituições privadas na área da Medicina (por enquanto ainda sobre o *manto diáfano* das ciências da saúde) pré-anuncia uma época de agravamento das complicações nas instituições públicas de ensino médico, semelhante à decorrente em outros domínios há quase uma década, a menos que haja coragem política para as prevenir e solucionar.

7. Entretanto, as exigências do mercado em novos conhecimentos e na actualização profissional requerida impõe a frequência de acções formativas específicas. Em alguns países há muito que existe um sistema de apoio à formação contínua, instituída regularmente em escolas próprias e/ou durante os congressos organizados pelos respectivos organismos da classe e/ou sociedades científicas.

8. É admissível que a formação contínua venha a ser sistematicamente organizada, senão mesmo imposta, pelo menos a determinados grupos profissionais. A ser assim, e sabendo-se que o conhecimento tem durabilidade limitada, poderá justificar-se que o plano de estudos de cada área científico-profissional passe a abranger um período de acção alargada, desde a pré-graduada até ao exercício continuado da profissão, com natural reformulação de objectivos, conteúdos, capacidades e respectivo faseamento.

9. A formação contínua, assim como a pré-graduada, pode beneficiar bastante das novas tecnologias de comunicação. A disponibilidade em meios interactivos, a comunicação telemática à distância, a riqueza e qualidade das publicações existentes são, no conjunto, argumentos importantes para que a informação chegue a todos os interessados, seja na Universidade ou nas respectivas residências.

10. Por sua vez, tão amplo acesso à comunicação, possibilitado por mega-companhias tecnológicas à escala mundial, tende a gerar uma situação completamente nova em termos educacionais. Embora o campo de acção e o grosso dos investimentos ainda se circunscreva maioritariamente a serviços e aspectos lúdicos, nada impede que essas companhias não venham a interessar-se também pela transmissão de conhecimentos com âmbito de acção sobreponível ao das universidades abertas. Nessa perspectiva, por enquanto só especulativa, seria fácil a essas companhias incluir nos serviços também a comercialização de conhecimentos.

11. Numa época em que a Universidade luta contra a falta de recursos financeiros e procura novos posicionamento adaptando-se às mudanças sócio-económicas em curso, não surpreenderia demasiado que algumas dessas instituições, inclusive as mais conceituadas, se dispusessem a colaborar com a indústria das comunicações na prestação de serviços especializados, num cenário de telemática educacional.

**Promover a Mudança, Cultivar a Ciência,
Racionalizar a Medicina***

1. Desde sempre que os cursos de licenciatura em Medicina têm por finalidade principal a formação de médicos, aptos a desempenharem funções assistenciais específicas e eficazes junto de cada indivíduo carenciado em cuidados de saúde. Com o aumento dos conhecimentos e da complexidade tecnológica da medicina houve que aumentar e sistematizar a formação complementar, com o propósito (inicial) de assegurar uma preparação prática de rotina e (posteriormente) possibilitar o desenvolvimento das especialidades médicas, entretanto criadas.

O primeiro sinal nesse sentido partiu da American Medical Association, em 1905, ao recomendar a criação de um internato com um ou mais anos, a realizar por todos os médicos recém-licenciados, como parte da formação médica pós-graduada. Em 1934, a British Medical Association recomendou igualmente que todos os recém-licenciados deveriam realizar um período de experiência clínica supervisionada, nunca inferior a seis meses, antes de obterem autorização para a prática clínica por iniciativa própria.

2. Em Portugal, o relatório das Carreiras Médicas (1961) suscitou a estruturação das carreiras profissionais (1971) e a definição do internato geral e complementar como fases sequenciais da formação médica pós-graduada (1982). No essencial, todos os recém-licenciados passaram a cumprir, desde há quase três décadas, um período do internato geral tutelado com dezoito meses de duração em unidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que os habilita ao exercício da profissão. Aos que pretendem continuar é possibilitado o acesso à formalização especializada, por concurso nacional em três áreas: clínica geral, saúde pública (três anos de formação cada) e hospitalar (quatro a seis anos, conforme a especialidade). O grau de especialista obtido no fim deste período complementar habilita ao ingresso nas carreiras médicas do SNS. Aos que não querem continuar, ou não têm lugar naquela carreira, podem exercer a actividade clínica exclusivamente por conta própria. Embora na

* NE – In: Agenda da FML 1998; 86:1-2.

seqüência da revisão do programa curricular do ensino médico sejam previsíveis, algumas modificações designadamente, dos objectivos e duração dos internatos, a generalidade manter-se-á decerto inalterável.

3. Até a data, o período mínimo de formação médica obrigatória tem sido de sete anos e meio (pré-graduação mais internato geral), que aumenta para cerca de onze a catorze anos com a formação especializada. É admissível que este período de formação pós-graduada venha a ser ajustado às recomendações do Comité Consultivo para a Formação de Médicos da Comissão Europeia (apresentados no Quarto Relatório sobre as condições para a formação de especialistas, Novembro de 1996). Porém, o que interessa agora destacar é que o tempo requerido actualmente para a habilitação médica é cerca do dobro do exigido no começo deste século. Então, as faculdades de medicina conferiam a licenciatura em Medicina (e Cirurgia) ao fim de cinco anos de curso, o que autorizava qualquer jovem médico a exercer toda a espécie de medicina livre.

4. O alargamento do período da formação e a sua segmentação em diversas fases, a par com as recomendações, regulamentos e exigências que visam o seu cumprimento administrativo, têm uma explicação simples: a Medicina progrediu muito e rapidamente, os conhecimentos evoluíram em quantidade e complexidade ainda insuspeitadas há poucos anos, os meios tecnológicos disponíveis atingiram níveis elevados de sofisticação, os limites das capacidades de intervenção tornaram-se imprevisíveis, quer para os médicos quer para os seus potenciais beneficiários.

5. Mais do que nunca, a Medicina de hoje é uma ciência aplicada, baseada em fundamentos científicos e técnicos sólidos, à mistura com alguma “lógica fluida”. No fundo existem semelhanças conceptuais às conclusões retiradas por Bertrand Russel nos seus trabalhos em matemática e lógica, por Cannon em biologia e, sucessivamente, por muitos outros em domínios científicos distintos. É o conceito do “paradigma sistémico”, que defende o (ainda) paradoxo da “*essência sem existência reconhecida*”. Esta fracção imprevisível, que tem pertinência efectiva na ausência de qualquer existência teórica, incorporará talvez a dita “arte” médica; esta, embora venha a ser esclarecida, nunca o será na totalidade, pela imprevisibilidade da natureza, restando (filosoficamente) sempre algo (cada vez mais?) por desvendar. Justifica-se assim o que Alexis Carrel afirmava (em “O Homem Esse Desconhecido”): “*O homem que os especialistas conhecem não é, pois, o homem concreto, o homem real. É apenas um esquema, ele próprio composto por esquemas construídos pelas técnicas de cada ciência*”. Por outras palavras: o homem é mais que a soma das suas componentes.

6. Ao ser entendida como ciência aplicada, a Medicina adquiriu especificidades e desvantagens inexistentes no conceito (normal) da ciência defini-

da por Kuhn. Ao contrário desta, a Medicina progride (ou assim deveria suceder) com objectivos definidos, com premência e com meios adequados. O desenvolvimento e resultados poderão ser aceitáveis ou constituir novas evidências, sem aplicação plausível. A estas últimas haverá que dar-lhes também solução, numa espiral de esclarecimentos e enigmas sem fim. Daí que a Medicina de hoje e a que se prevê assumam configurações ilimitadas, de descobertas e desafios constantes.

7. Naturalmente que os principais intérpretes da Medicina são, e serão, os médicos. Os clínicos actuais terão que se manter actualizados, na medida do possível e eticamente recomendável. Aos que estão a começar a aprendizagem nas faculdades caber-lhes-á intervir, com mais facilidade, em situação e áreas de desenvolvimento mais recentes, agora a dar os primeiros passos, mas que em breve adquirirão importância relevante. Aos candidatos a médicos que vão ingressar nas faculdades de medicina nos próximos 5, 10 ou 20 anos estão reservados conhecimentos e aptidões talvez ainda desconhecidos, mas decerto fundamentais para a Medicina do futuro.

É admissível haver requisitos prévios e limites do conhecimento e capacidades exigíveis que tornem possível e eficaz essa aprendizagem. Neste pressuposto, os actuais e futuros médicos (do SNS ou em actividade clínica própria) terão adquirido a formação indispensável para acompanharem e fazerem progredir a Medicina da época. Não sucedendo assim, haverá que concluir que a ciência médica progride isoladamente em laboratórios e em centros de investigação sem ter sido (ou vir a ser) utilizada na prática, devido a não haver clínicos competentes para lhe dar desenvolvimento e aplicação.

8. A preparação requerida para abordagem teórica e prática de uma ciência terá de começar muito antes do ingresso nos seus domínios próprios. Nessa preparação haverá que incluir conhecimentos fundamentais das ciências básicas, a par com qualidades e aptidões individuais reconhecidamente importantes para o exercício profissional. O contacto directo com modelos exemplares desse sistema real torna-se essencial para um bom desempenho futuro. Os critérios da preparação exigida para uma prática assistencial competente e humanística sobrepõem-se aqueles pressupostos. A preparação para uma Medicina mais eficaz, a exercer continuamente durante três ou quatro décadas, terá de ser aprendida nas faculdades de medicina mas já iniciada nos bancos da escola secundária, por sólida formação cívica, humanista, cultural e psicomotora, desejável em qualquer futuro cidadão e, muito em particular, aos que virão a ser médicos.

9. Nessa perspectiva, é com muito júbilo e esperança nos resultados a alcançar que se saúda o recente anúncio, pelo Ministério da Educação, da inclusão obrigatória do ensino experimental em todas as escolas públicas nacionais, desde o primeiro ciclo ao secundário, a partir do ano lectivo

1999/2000. É a expansão do projecto “Ciência Viva” iniciado há dois anos pelo Ministério da Ciência e Tecnologia que, agora de forma sistemática, abrangerá todas as disciplinas ligadas às ciências da natureza, incluindo a Biologia, a Física e a Química.

É o revitalizar do ensino laboratorial que muitos dos actuais médicos, agora com 50 a 60 anos, ainda se recordam aquando alunos do liceu, e que muito facilitará a aprendizagem nos primeiros anos de Medicina. Depois sobreveio o período do “apagamento” do ensino experimental e todos os docentes de Medicina são conhecedores das consequências negativas resultantes na atitude e na postura do jovem aluno, detentores do conhecimento factual mas desconhecedores da sua forma e significado real.

10. Os projectos anunciados são muito mais latos, porque se pretende uma mudança de mentalidades. Será nesta mudança que deverá iniciar-se a preparação do futuro médico, extensiva quer aos alunos quer aos seus professores.

Todavia para que a mudança de mentalidades se verifique haverá que cuidar também do seu terreno próprio, e este não é exclusivo da formação académica mas, sobretudo do domínio dos valores da pessoa e da procura do equilíbrio na sociedade em que se insere.

11. A formação dos futuros médicos, a Medicina do futuro e a eficácia com que virão a ser enfrentados os desafios na área da saúde, são aspectos indissociáveis do mesmo conjunto. Assim como foi necessário desdobrar e reforçar o período de formação médica em épocas passadas, haverá que encontrar soluções compatíveis a uma Medicina cada vez mais eficaz, a ser exercida por profissionais de competência técnica irrepreensível e com capacidade humana para acolhimento, relacionamento e apoio em binómio médico-doente.

12. A Faculdade de Medicina de Lisboa está num efectivo processo de mudança com múltiplas frentes. A modificação curricular do curso, a expansão da sua área física, a diversificação dos domínios da intervenção interna e externa, o enriquecimento institucional em projectos, acções e resultados, o aumento da “massa crítica” institucional representada pelos seus docentes e investigadores, a capacidade de intervenção responsável e construtiva dos seus discentes, a valorização profissional por acções de formação extensivas ao seu pessoal; a modernização e o dimensionamento do suporte administrativo e da gestão são, em conjunto, linhas de força para a mudança pretendida.

Será fundamentalmente desse conjunto interveniente que resultará o cenário e o ambiente onde a existência e a acção fazem sentido, e pelo qual e no qual se justifica participar e pertencer. Racionalmente mas também com o *coração*.

Para uma Formação Coesa e Eficaz*

Longe vão os tempos em que a licenciatura em Medicina (e Cirurgia) conferia aos jovens médicos conhecimentos e capacidades julgadas suficientes e perduráveis para o exercício isolado e autorizado da clínica. Todavia, a época dos “João Semana”, magistralmente retratada por Júlio Diniz (ele também médico sob pseudónimo) há muito que se extinguiu. Actualmente, quase todos os clínicos exercem a profissão integrados no Sistema Nacional de Saúde e/ou em âmbito empresarial. A par com a virtual extinção da Medicina como profissão liberal, as últimas duas décadas registaram um aumento notável de conhecimentos científicos e capacidades tecnológicas, hoje disponíveis para os mais diversos tipos de utilização médica de rotina.

Tomando em conta a presente aceleração em que está a decorrer vida humana, e sendo o acentuar da transitoriedade a tendência com que se caminha para o futuro, é de prever cada vez mais e melhores conhecimentos, mais e melhor diversidade tecnológica, mais capacidades e melhor eficácia de actuação (clínica e em múltiplos outros domínios).

A instabilidade criada pela mudança requer mecanismos de compensação, física e psicológica. Uma das causas da reacção adaptativa reside no aumento (em quantidade e complexidade) do conhecimento disponível e das competências profissionais relacionadas, a serem inevitavelmente exigíveis por utilizadores e empregadores.

Naquele cenário, que não é do futuro por ser já do presente, o tempo requerido é manifestamente insuficiente para a auto-aprendizagem que, numa perspectiva geral, cada clínico terá de realizar durante as cerca de quatro décadas em que exercerá a profissão. A crescente aceitação do conceito e métodos da *evidence based medicine* por parte de médicos de diferentes especialidades não sucede por acaso, antes representa uma resposta pragmática aquela limitação de tempo para actualização.

Todavia, nem toda a preparação poderá ser concretizada com êxito à distância, unicamente com recurso à leitura persistente de textos condensa-

* NE – In: Boletim da SPEM 1999; IV Série, 9(3):1-3.

dos. Alguns aspectos científicos e tecnológicos, muito específicos ou inteiramente novos para o médico interessado, não dispensam acções educacionais com interacção directa, em grupo ou individuais, segundo metodologias preparadas para cada objectivo. Na realidade, mais de 3/4 da vida profissional de cada médico ficarão na dependência de diversificadas acções educacionais, umas autónomas outras dirigidas, mas todas englobadas no âmbito da formação médica contínua.

O período profissional que se segue imediatamente à pré-graduação (o da formação médica pós-graduada) constitui uma etapa multifacetada em que a aprendizagem começa por depender da orientação tutorial, primeiro mais genérica e depois visando a especialização, embora sem dispensar também os formatos educacionais que caracterizam a formação contínua.

Numa perspectiva restrita, a formação médica pós-graduada tem por finalidade conferir conhecimentos, competências e capacidades de julgamento para o exercício de actividades diferenciadas e de especialização. Naturalmente, exige-se que o programa de formação proporcione oportunidades para a concretização daqueles objectivos (os quais poderão ser sintetizados no saber, saber fazer, saber a razão, saber transmitir e saber pesquisar), além de desenvolver qualidades essenciais como a perspicácia, o rigor, o sentido crítico e a persistência.

Tradicionalmente, cada uma daquelas fases da formação médica (pré-graduada, pós-graduação e contínua) permanece sob a incumbência de entidades diferentes: a formação pré-graduada recai no âmbito exclusivo das Universidades, a formação pós-graduada constitui responsabilidade inerente ao Ministério da Saúde e à Ordem dos Médicos, enquanto a formação contínua representa uma obrigação ética e individualizada de cada médico, embora passível de creditação e/ou obrigatoriedade em alguns países.

Por via daquela partilha de inerências, institucionais e individuais, tudo decorreria na melhor das intenções e com plena eficácia se o conjunto estivesse coordenado por um órgão supra-institucional, com poderes de intervenção na área da formação médica, equivalente a um “Conselho Nacional de Educação Médica” (que a SPEM propôs em 1996 e foi reiterado este ano por mais trinta e uma Sociedades científicas médicas).

A realidade é, porém, bem diferente. Assim, a pré-graduação continua a ser demasiado escolástica e muito menos orientada para a realidade da actuação clínica e do futuro da ciência médica do que seria desejável. Não surpreende por isso que, ano após ano, os alunos em fim de curso ou recém-licenciados refiram lacunas dos mais diversos tipos, algumas das quais, por serem nucleares, põem em causa a eficácia da capacidade profissionalizante das Faculdades. Por sua vez, a pós-graduação também não satisfaz. O internato geral congrega opiniões desfavoráveis, mais pelo lado de formandos do que dos formadores. Acresce a ilógica de um sistema que, ao estipular a exi-

gência de um exame escrito (determinante para o futuro profissional de cada formando no fim do período do internato geral), automaticamente estimula a secundarização da respectiva formação prática.

Curiosamente (ou melhor, lamentavelmente), no momento em que as Faculdades de Medicina se preparam para iniciar em 2000/2001 o sexto ano do novo plano curricular, sob forma de um estágio clínico equivalente ao que deveria ser (mas não é) o actual internato geral, verifica-se uma total ausência de ideias e/ou de planos definidos para o ano do internato que receberá aqueles futuros estagiários.

E assim, por via de uma descoordenação demasiado evidente e inoportuna, a concretização dos objectivos unitários que consubstanciam o *continuum* da formação médica e a revitalização pretendida através do novo programa curricular da pré-graduação encontram-se num impasse insustentável, à mercê da primeira decisão avulsa que não atenda aos compromissos formalizados anteriormente nem aos princípios em que se deve reger a formação e a profissão médicas.

Dizia André Malraux que “*uma cultura só morre vítima da sua própria fraqueza*”. Não se nos afigura que a cultura médica venha a soçobrar por influência de decisões estranhas à sua *praxis*. Desde que medidas sensatas sejam tomadas em tempo. A primeira dessas medidas passa pela congregação de interesses, motivações e capacidades, que fazem da Medicina um ideal, uma arte e também a mais enobrecedora e solidária das profissões. A congregação num Conselho de Educação Médica dos representantes legítimos dos organismos responsáveis pela formação e pela profissão médica afigura-se como um primeiro passo, essencial, para a salvaguarda da cultura própria da Medicina.

Enquanto Nietzsche defendia que “*para o forte, o conhecimento, o dizer sim à realidade, é uma necessidade, enquanto para o fraco também é uma necessidade a fuga perante a realidade*”, TS Elliot interpretava essa fuga como uma consequência da “*espécie humana não suportar muita realidade*”. A realidade presente, em que prevalece a descoordenação e a incerteza sobre a estratégia e o desenvolvimento da formação médica, com reflexos negativos evidentes na *praxis* é, efectivamente demasiado evidente e dramática para continuar esquecida ou ficar entregue a soluções extrínsecas, quiçá inspiradas em estratégias sócio-económicas ou em políticas corporativas demasiado redutoras.

Embora “*poucos compreendam a imensa vantagem em nunca hesitar e tudo ousar*” há que, como propunha Erasmus, ousar e tomar a iniciativa, com imaginação e modernidade. Fundamentalmente com coesão, tendo por horizonte as décadas da preparação exigida a cada médico durante uma vida clínica, na qual todos os conhecimentos e metodologias racionais de formação contribuem inevitavelmente, sem distinção nem barreiras, para benefício final dos doentes.

Formação e Actuação Médicas. Para uma Posição de Convergência*

Embora “*a melhor saúde seja não a sentirmos*”, é incontestável que a saúde desde sempre tem justificado o interesse e também a preocupação do mais comum dos indivíduos.

Donde resulta que a saúde seja abordada sob várias perspectivas, umas mais pessoais, outras institucionais.

O direito à saúde

É natural que os governantes se preocupem com a área de saúde e procurem garantir condições para uma acção eficaz junto das populações. É o caminho certo para a preservação do direito à saúde de cada indivíduo e, também, para salvaguarda da estabilidade sócio-económica de cada país. Por essas razões principais, o Estado moderno criou mecanismos para intervir na área da saúde por duas vias diferentes, embora complementares: por um lado promove (ou favorece) a organização de sistemas para cuidados de saúde alargados a toda a população; em segundo lugar toma a iniciativa de assegurar a formação de pessoal habilitado para a dinamização daqueles sistemas.

Há relativamente poucos anos, os cuidados de saúde eram garantidos quase só por médicos e enfermeiros. Na generalidade dos casos, aqueles profissionais actuavam isoladamente, embora a níveis diferentes de responsabilidade e desempenho. Actualmente, os sistemas de saúde são organismos complexos que, além dos médicos e enfermeiros, incluem outros tipos de profissionais, entre técnicos, administrativos e auxiliares. Os médicos, por lhes caber a decisão final, continuam a ser os responsáveis quase únicos pelos sucessos e insucessos. Este posicionamento profissional poderá transformar-se numa situação bastante delicada quando, como sucede não raras vezes, os insucessos derivam de circunstâncias ou intervenções externas que afectam negativamente o acto médico. Em causa poderá estar a competência

* OC – In: Manchete – Especial Saúde (Agosto/Jan) 1997; 24-26.

médica e, por razões implícitas, a capacidade do sistema de formação médica. Daí que se justifiquem algumas breves reflexões sob o assunto.

Sistema de formação médica

A preocupação com o ensino médico sistematizado teve origem, em Portugal, nos princípios do século passado. Até então, o tirocínio para médico decorria irregularmente, sem fundamento científico e sob critérios que hoje se afiguram absurdos.

Data de 1825, com a criação das Reais Escolas de Cirurgia, uma em Lisboa e outra no Porto, o início formal e sistemático do ensino médico no nosso país. Nestes 172 anos aquelas instituições mudaram de designação e registaram profundas modificações na forma, na substância e na dinâmica.

À Real Escola sucedeu, a partir de 1836, a Escola Médico-Cirúrgica (de Lisboa e do Porto) que, com a implantação da República, se transformou em *Faculdade de Medicina*. Actualmente, há em Portugal cinco instituições públicas de ensino médico distribuídas por Lisboa (duas), Coimbra (uma) e Porto (duas), que conferem o grau de licenciatura após seis anos de curso. Desde o princípio do século, o ensino da Medicina segue um padrão virtualmente universal, que se fundamenta na aprendizagem das ciências básicas nos primeiros anos do curso, a que se segue o da clínica (em geral) nos últimos três anos. Entretanto, o sistema da formação médica tem acompanhado, em complexidade, a evolução da ciência, da tecnologia e do grau de especialização clínica, particularmente acentuada na última década. O curso de licenciatura em Medicina, que era há algumas décadas suficiente para o livre exercício da clínica, deixou de o ser; no presente, a licenciatura corresponde à primeira de três fases da formação médica: pré-graduada, pós-graduada e continuada. A pré-graduada começa no 1^o dia de aulas na *Faculdade de Medicina* e termina com o grau de licenciatura, após seis anos do curso. Segue-se a pós-graduação, que abrange os internatos gerais e de especialização, em instituições oficiais sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. Finalmente, a fase de formação continuada abrange todo o período subsequente de actividades profissional até à reforma, e depende exclusivamente da vontade de cada um.

Todavia, ninguém poderá afirmar, em consciência, que a competência clínica deriva exclusivamente do que foi aprendido durante os seis anos do curso da Faculdade de Medicina. Na realidade, o grau de licenciatura confere uma preparação básica que se desejaria com as características pluripotenciais adequadas e suficientes para as fases subsequentes da formação em exercício.

Neste período de pré-graduação, desenvolvida sempre sob tutela de clínicos mais experientes, cumpre-se, afinal, o que desde sempre foi habitual

em Medicina, isto é, a aprendizagem pelo exemplo e com o apoio directo dos médicos mais antigos na profissão. Durante esta fase são aprendidos e exercitados desempenhos progressivamente mais complexos, e adquiridos conhecimentos em actualização permanente. Todos os médicos sabem que, ao fim de cinco anos, cerca de metade dos conhecimentos adquiridos perderão validade. E o problema é que, neste momento, não se sabe qual será a metade desactualizada daqui a cinco anos...

Por fim, será actualmente difícil aceitar que qualquer médico não tenha necessidade de se manter actualizado na sua profissão, numa fase de exercício autónomo da Medicina. Este período poderá prolongar-se por mais 30 ou 40 anos após a licenciatura ou a especialização. Tendo em conta a rapidez com que evoluem os conhecimentos biomédicos e médicos e são desenvolvidos novos métodos, técnicas e equipamentos, haverá que manter uma preparação cuidada e permanente. É esta a fase de formação continuada, talvez a mais difícil por ser feita em auto-aprendizagem, mas decerto também a mais responsável em termos éticos e profissionais.

Todavia, por via dessas dificuldades que derivam das características próprias de uma profissão exaustiva e tantas vezes vivida “no limite” das capacidades, a formação continuada tarda a afirmar-se como uma rotina indispensável a cumprir. A par de alguma polémica sobre a melhor metodologia a seguir na formação continuada, a experiência pessoal e a melhoria individual adquiridas com a prática clínica são ainda as principais vias de auto-aprendizagem. Em outros países a situação estará mais adiantada, através de mecanismos que aliam o comprovativo da capacidade e conhecimentos adquiridos em acções formativas ao acesso a posições e cargos melhor remunerados. De momentos ainda se desconhece se este tipo de estratégia da “cenoura à frente do burro” será a mais correcta. Na realidade, nem sempre o bom médico a que os doentes aspiram será o que tem mais conhecimentos, o que está especializado na técnica mais recente, ou participa em maior número de congressos.

Muitas vezes o bom médico é o bom amigo que está presente para as trivialidades da saúde desregulada e o que ouve as queixas tantas vezes inconsequentes, mas nem por isso menos sentidas e reais para quem as sofre. É, afinal, o ouvinte atento e fraterno, o profissional dedicado e experiente que a generalidade dos doentes procura e deseja encontrar. Cumpre também às Faculdades de Medicina preparar os futuros médicos para este posicionamento perante o doente.

A acção assistencial qualificada

A preservação da saúde e a sua recuperação após a doença são objectivos fundamentais, tanto dos sistemas de saúde como dos profissionais que nele actuam, designadamente os médicos.

Em princípio, a acção assistencial será tanto mais qualificada quanto melhor for o processo formativo. Todavia, nas circunstâncias actuais, não há linearidade entre ambas as variáveis. A actividade assistencial é condicionada por um amplo espectro de factores, independentes do perfil humano e técnico dos profissionais de saúde. As discrepâncias tendem a acentuar-se quando a actividade clínica decorre no sistema público, não obstante o esforço e empenhamento da grande generalidade dos intervenientes directos.

Logo que os acertos indispensáveis forem conseguidos – designadamente pelo aumento da responsabilização individual, da flexibilidade administrativa e da racionalização dos recursos – haverá condições para que a qualidade da assistência médica possa acompanhar a qualidade do sistema formativo. E, nessas circunstâncias, haverá razão acrescida para que a formação médica desenvolvida se tome efectivamente útil aos doentes e à prevenção da doença.

Entretanto, para que os acertos venham a ser alcançados haverá que promover o diálogo entre todos os sectores que participam directamente no sistema, de modo a que as acções sejam convergentes e não, como tantas vezes sucede, unilaterais e, por isso, enviesadas.

Modelos e Exemplos são Indissociáveis da Formação e Actuação Médicas*

1. Toda a acção formativa é baseada em informação pertinente e na sua prática. A repetição das aplicações práticas e o seu exercício repetido e diversificado conduzem à competência e, sucessivamente, à experiência no domínio em causa. Daqui resulta que a qualificação de formandos e o seu escalonamento relativo são, na generalidade das situações, definidas pelo grau de competência adquirida e pela experiência que demonstram na resolução de problemas, directa ou indirectamente, relacionados com o domínio em que receberam formação.

2. A formação médica não se afasta daquelas coordenadas. Talvez seja mais complexa, pois que se entendeu alargá-la a toda uma vida profissional de três a quatro décadas, embora faseando-a em três partes principais. As duas primeiras fases da formação médica (pré-graduada e pós-graduação) requerem professores e tutores, enquanto a última, e mais prolongada, é deixada ao critério individual.

3. Teoricamente, aquela terceira, e última, grande fase da formação médica (contínua) será determinada pelos modelos da formação anterior, assim como pelas competências e experiências então adquiridas. A auto-aprendizagem adquire aqui particular importância, alicerçada na motivação para a actualização constante de conhecimentos e perícias, com raízes na obrigação ética pelo doente e no interesse público.

4. Ao contrário das motivações (que existem ou não existem, e por isso não se aprendem), o comportamento ético poderá beneficiar de esclarecimentos e de alguma preparação suplementar, embora também deva estar imbuído na natureza individual. Por seu lado, a auto-aprendizagem é uma técnica pedagógica que, em grande parte, tem de ser aprendida. É o “apren-

* NE – In: Agenda da FML 1999; 102:1-2.

der a aprender” e o “saber aprender” de que dependem muitos dos êxitos e, pela negativa, justificam tantos insucessos.

5. A aprendizagem do aprender “por si”, o saber procurar a informação pretendida, o saber planificar um estudo ou a aquisição de qualquer conhecimento técnico ou prático, podem ser actividades desenvolvidas eficazmente por qualquer médico em qualquer momento, desde que haja condições para as fazer. Todavia, é inegável que a auto-aprendizagem ganhará eficácia se tiver sido aprendida e praticada desde as etapas mais iniciais da formação médica. Por conseguinte, a formação médica contínua será um facto (e não uma ilusão) se cada médico tiver adquirido capacidades de treino para a praticar por si. As actividades de pós-graduação organizadas sob a forma de cursos, seminários, congressos, etc., serão aspectos complementares, por vezes determinantes, mas sem substituírem a preparação individual constante pelo estudo e pela prática.

6. Adicionalmente, o êxito da formação médica em geral e a capacidade para a sua continuidade em regime de total autonomia são profundamente influenciados pelo ambiente em que decorre a formação e pelos exemplos recolhidos dos tutores e elementos seniores da instituição em que decorre. O êxito está assegurado quando os mais jovens testemunham que a actualização do conhecimento, do desempenho e o desejo de uma melhoria constante são evidentes no pessoal com responsabilidades na sua formação.

7. Assim como o êxito da formação em qualquer das suas fases é progressivamente influenciado pelos modelos de actuação e de vivência diárias, também a acção profissional tende a reflectir o modelo e os exemplos predominantes nos diversos locais e períodos em que decorre a formação. Não se pode esperar que o formando execute bem um determinado gesto técnico se nunca teve orientação ou correcção pelo respectivo tutor. Igualmente é difícil exigir comportamentos e desempenhos correctos dos formandos quando não existem referências adequadas no meio em que está a aprender. O mesmo tipo de ilações se aplica a um sem número de pormenores, contudo essenciais para a consolidação do modelo de formação. As leis antitabágicas, por exemplo, perdem todo o seu sentido quando são activamente desrespeitadas nos sectores onde, por paradoxo, o tabagismo é proclamado como factor de risco e como tal, desaconselhado activamente aos doentes por quem não as cumpre. Também não é possível que o asseio, a arrumação, a conservação das instalações se tornem preocupações comuns a zelar por todos quando a aprendizagem decorre em ambientes que são a negação do que se proclama como essencial, a contradizer a lógica do que se aprendeu e pretende recomendar.

8. Os modelos são paradigmas, na generalidade com duração efémera. Enquanto não perdem valor e são substituídos por outro paradigma representam orientação para o pensamento e para a acção de indivíduos em sociedade. Os modelos de actuação e os exemplos recolhidos são, por isso, factores indissociáveis da qualidade da formação, qualquer que seja a fase aqui considerada. Na realidade, o acto da formação transcende os limites restritos da aquisição de conhecimentos pelo indivíduo para um plano mais global, onde constam pressupostos, estados de espírito e circunstâncias em que decorre, para se repercutir no momento próximo e, essencialmente, ao longo de todo o trajecto profissional.

9. Pelas razões aduzidas, justifica-se que a formação médica tenha como preocupação central a estruturação do pensamento e da acção segundo critérios fenomenológicos e analíticos, sem excluir porém o que os transcende e um dia virá a ser demonstrado. A capacidade de auto-aprendizagem e o esforço motivado para o esclarecimento do que se não conhece darão contributos de relevo para o alargamento do conhecimento e para o progresso da actuação médica. Assim como uma viagem de mar se prepara em terra, também a qualidade da Medicina praticada e o progresso do conhecimento médico são consequências naturais da actuação e cuidados postos na fase da pré-graduação, assim como dos modelos e dos exemplos então existentes.

Lifelong Learning in Medicine
– The Way for Maintaining Professional Competence*

“In what may be called the natural method of teaching, the student begins with the patient, continues with the patient, and ends his studies with the patient, using books and lectures as tools, as means to an end”.

W. Osler

The inductive effect of expanding knowledge

The fast advances in biomedical sciences, the growth of new technologies underlying Medicine, a better understanding of human disease (still obscure a few years ago), a sudden appearance of new pathologies (with calamitous evolution and prognostic to human survival) may contribute to a shortened half-life of medical knowledge and to the rapid erosion of individual clinical competence (1).

Although direct observations indicate that physicians get use, to learn facts, incorporate new knowledge, new skills and new attitudes into their practice on their own, it should be recognised that such educational expansion may gain efficacy if organised according to objectives, supported by the new learning technologies and oriented by the medical profession (2).

The need to know and to maintain the professional competence is surely induced by external pressures. However such attitude should be primarily self-motivated and accepted by each doctor as ethical duty. In so far, continuing medical education (CME) appears to be both a necessity and ethical obligation.

The increasingly diversity of society, the incertitude that characterises

* A – In: Rev. FML 2001; Série III, 6(6):297-300.

Addressed as the Dean of the FML, meeting of the Federation of the National Academies of Medicine of the European Union, *Aula Magna* of the Faculdade de Medicina de Lisboa, 30 November 2001).

the present and hereafter and, especially important, the change in health care systems, all together contribute to the need of individual reorientation to meet future health care requirements (3).

Once accepted that CME is a natural evolutionary sequence in the continuity of the education process that lasts (or should) throughout each physician's career and professional life, some questions require solution, in order to make the concept applied to the medical profession. The characteristics of the doctor's population under formation, the target information required, the pedagogic strategies recommended, the supervision, organisation and control of CME quality and development, the financing support foreseen, finally, the voluntary or mandatory professional re-evaluation or recertification are all problems under active reformulation (4-6). Presently it is under discussion whether that duty should become a legal obligation or remain volunteer (6-7).

The responsibility of medical profession on CME

Regarding CME as a phase of postgraduate specialist training accomplishing the remainder of professional life, the contents of the specialist modernisation may include the acquisition of new scientific knowledge and the participation on specific training initiatives.

In a first opinion, those matters should be primarily chosen by each doctor, according to his own interests and professional needs (8). However the position of absolute individualism may be undesirable in the context of contemporary health care politics, as well as to professional and social expectative. That dualism, which, in other words separates the voluntary from the compulsory bringing up-to-date, is the very core of the problem.

Instead of the public or external entities, the postgraduate training and modernisation should be controlled by the professional, through special education committees including the profession itself, universities (here represented by the medical schools) and scientific societies.

Although the contents of specialists educational development is very variable and under individual judgement, some dramatic modifications of health care practice are clearly determining professional reorientation. These ones have to be organised or promoted by the professional in close collaboration with health authorities.

The reinforcement of preventive and chronic care education and experience is demanded by a majority of physicians who were trained almost exclusively in short-term and acute care.

Also, more health care is provided in non-hospital settings, whereas the students and doctors on post-graduate formation continue to be prepared in hospitals which, otherwise, are reserved to more specialised and critic

situations, less related to the kind of patients care and predominant diseases, which are certainly observed and treated easily and cheaply in community settings.

The technologies and biomedical advances, both with growing applications in Medicine, also induce a new attitude of the physician workforce, which is awarding the interdisciplinary team approach to solve clinical problems, up to now in the hands of a doctor alone (9).

According to the new health trends, either to provide and manage care of common diseases and its contribution to their prevention with desirable efficacy in ambulatory settings or in hospital as before, may require a strong involvement of each doctor and the professional community as well (10). Indeed, the growing longevity of mankind contains in itself the propensity to chronic disabilities and diseases, requiring special support, bigger expenses and a redirection of physician training to meet the new needs of a new health care (1).

Regarding those changes and requirements, the profession depends on the special organisations representing and serving the medical community, supervised by the profession, and nominated to promote, manage, and or actively coaching each doctor, who is suggested to participate or decide himself to take formal CME sessions on specific subjects (11).

Learning methodologies tailored to medical practice

Considering that CME has been accepted, the modalities traditionally available include the access to new scientific or technologic knowledge by reading (the literature in paper or computer), attending sessions and publishing papers as result of their own scientific research. The evidence shown by recent studies on the impact of formal CME confirm a notorious difference between the real and ideal performance on those doctors who report spending a considerable amount of time in such activities (12).

Furthermore, didactic sessions do not appear to be effective in changing such performance (13), whereas interactive CME sessions that enhance the participant activity and give rise to the opportunity to practice skills seem to affect positively a clear change in professional performance (14). Regarding the clinical perspective, the multidisciplinary concept of Continuing Professional Development as an alternative to CME is more realistic, while fostering educational objectives to self directed reflections and individual learning in practice (15). Also, peer review, a group based on learning, reminders of portfolio-based scheme and multiple educational interventions have been proposed as the most effective methodologies for postgraduate medical education (17-19).

Although a recent study evidenced that most changes for clinical behaviour were due to a combination of factors (20), the individual's will to change is the most important determinant of the final effect, induced by any type of educational intervention. Therefore, in the first place, learners must want to learn. Second, collegiality and interaction into learning programs may contribute strongly to an active participation and to change physician's behaviours (8, 13). Third, CME intervention should concentrate on changing the habits, attitudes and cultural expectative of physicians much more than providing information. Although new information is certainly relevant and essential both to maintain and or improve the quality of clinical practice, its applications are heavily dependent of physician's pre-existing beliefs and professional rules in each clinical setting (21).

Whatever is the source of learning motivations, the learner is no more a student on undergraduate medical education but a mature adult with professional experience and, surely, heavy personal commitments. Such particularities impose strict limitations on pedagogic strategies and also require the observance of elementary adult learning principles. The psychological principles of adult learning are mostly oriented by (a) self-directing internal motivations, (b) personal responsibility by own life, (c) necessity to solve problems and (d) enthusiasm to expand their own knowledge. These particularities, as far as the adult learner is concerned and to be a physician responsible and very busy, may be one of the explanations for the difficulties on implementation and obtaining success on CME activities (13, 17).

Actually, CME seems to be useful if it affects day to day practice, so it is recommended that pedagogic orientation should be organised by providing individual possibilities for effective participation.

The methodological approach is fundamental to the education process. Therefore the participation of the University, side by side with the profession and scientific societies, contribute relevantly to the expanding new scientific knowledge applied to Medicine and to the developmental education of those doctors who may require participation on lifelong learning.

Voluntary or mandatory ?

As well as we expect that a flight pilot maintain his essential technical skills, physical and psychological capacities to keep our plane flying, so all patients deserve the assurance that their physicians maintain the professional competence. The problem regards when, how, where, what and by whom is promoted the up-to-date with the advances in Medicine and if that individual education is obligatory or voluntary. From the side of the flight companies

there are no doubts: their pilots are tested once or twice a year to obtain the necessary revalidation to be authorised to fly. However, looking through the medical profession, the situation is not so straight, due to justifiable opposite reasons.

For many years, the knowledge and the skills learned in medical school and later on in the graduate medical education were good for life. With the expanding of the new science applied to Medicine, that perspective is no more sustainable. Professional accountability and the general education to high-quality medical-care are imposing new obligations to the physicians. The process of revalidation is a concrete situation in debate. In some countries, namely in United States and United Kingdom, a credit-based system of CME was introduced. While in United States (8) and Canada (22, 23) the regular revalidation of all doctors is a routine, in United Kingdom the financially driven credit based system was recently replaced by a new approach, envisaging the quality assurance along with a continuing professional development (CPD) scheme, practice based and self directed (24). The main objectives seem to be the reassurance of the public that their doctors are competent, maintain the skills and proceed in practice with high ethical standards. Also the revalidation may provide a method for early detection of doctor's poorer performances and evident motivation for improvement (23).

Besides the intellectual and ethical incentives (25), the learner may require further stimulus to adhere voluntarily to CME activities. Financial and professional incentives (due either to a previsible income increase, tax relief or easier promotion) may be a reasonable justification to participation.

Of course, mandatory formation certainly has no special motivation and may be a source of rejection by part of the doctors, independently of their own convictions and wishes. Indeed, the control of CME participation and the revalidation of professional competence are matters of a great controversy still requiring a long debate (24). The attitude of acceptance or rejection of CME activities and to the revalidation may be related to local cultural aspects, individual preconceptions and the perspective as clinical practice is understood and performed. This may explain the diversity of opinions obtained in a 1997 survey of 18 European countries, regarding CME participation (2/3 preferred it voluntary) and the revalidation (existent in only one country (26). In European Union the situation is still very similar in 2001 (27).

Whatever will be the decision about CME participation and periodic revalidation of all doctors it should always come from the medical community, with the reliability of a judgement with the consistency of a millenary wisdom, in preference to a reaction of an undesirable corporation.

Bibliography

1. Towle A – Changes in health care and continuing medical education for the century. *Br Med J* 1998; 316:301-304.
2. Manning PR, De Bakey L – Lifelong learning tailored to individual clinical practice. *JAMA* 1992; 268: 1135-1136 (editorial).
3. Vladeck BC – Graduate medical education: reorientation for the future. *Acad Med* 1994; 69:32-33.
4. Grant J, Stanton F – “The Effectiveness of Continuing Professional Development” (report). Joint Centre for Education in Medicine, London 1998.
5. Stanton F, Grant J – “Approaches to Experimental Learning, Course Delivery and Validation in Medicine” (document). Joint Centre for Education in Medicine, London, 1998.
6. Basel Declaration – “UEMS Policy on Continuing Professional Development”. Basel, 20 October 2001.
7. “Charter on Continuing Medical Education of the Medical Specialists in the Great European Space”. Brussels, 25 June 1994.
8. Abrahamson S, Baron 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.
9. Cruess RL, Cruess SR – Teaching medicine as a profession in the service of healing. *Acad Med* 1997; 72:941-952.
10. Slotnick HS – How doctors know when to stop learning. *Medical Teachers* 2000; 22:189-196.
11. Wensing M, Van Der Weijden T, Grol R – Implementing guidelines and innovation in general practice: which interventions are effective? *Br Med J* 1998; 48:991-997.
12. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA – The Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Groups. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic review of the interventions to promote the implementation of research findings. *Br Med J* 1998; 317:465-468.
13. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB – Changing physicians performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995; 274:700-705.
14. Davis D, O’Brien MAT, Freemantle N, Wolf F, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A – Impact of formal continuing medical education. *JAMA* 1999; 282:867-874.
15. Brigley S, Young Y, Littlejohn P, McEwen J – Continuing education for medical professionals: a reflective mode!. *Postgrad Med J* 1997; 73:23-26.
16. Mathers NJ, Challis MC, Howe AC, Field NJ – Portfolios in continuing medical education – effective and efficient? *Med Education* 1999; 33:521-530.
17. Cantillon P, Jones R – Does continuing medical education in general practice make a difference? *Br Med J*. 1999; 318:1276-1279.

18. Tracey J, Arroll B, Barham P, Richmond D – The validity of general practitioner’s self assessment of knowledge cross sectional study. *Br Med J* 1997; 315:1426-1428.
19. Hedley R – Continuing medical education and audit in general practice towards a rational approach. *Educ Gen Practice* 1994; 5:234-240
20. Allery L, Owen PA, Robling MR – Why general practitioners and consultants change clinical practice: a critical incident study. *Br Med J* 1997; 314:870-874.
21. Elstein AS, Christensen C, Cottrell JJ, Polson A, Ng M – Effect of prognosis, perceived benefit and decision style upon decision making in critical care. *Crit Care Med* 199; 27: 58-65.
22. Parboosingh JT., Gondocz ST – The maintenance of competence program of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *JAMA* 1993; 270:1093.
23. Lewkonia R – Medical revalidation and education – directed self-learning. *Med Education* 2001; 35:426-427.
24. du Boylay C – Revalidation for doctors in the United Kingdom: the end or the beginning? *Br Med J* 2000; 320:1490(editorial).
25. Cooke L, Hutchinson M – Doctor’s professional values: results from a cohort study of United Kingdom medical graduate. *Med Education* 2001; 35:735-742.
26. Grant J – Continuing medical education – communication to the “Seminário Formação Médica Contínua”, organised by Direcção Geral de Saúde, Ministério da Saúde, Lisboa, 28 September 1998.
27. Leibbrandt CC – The European dimension in CME – communication to the meeting of the Federation of Academies of Medicine in the European Union, Lisboa 30 November 2001.

A Pós-Graduação na Faculdade de Medicina de Lisboa – Uma Tradição e uma Realidade em Desenvolvimento*

Origens da Formação Médica Gradativa

A formação médica pós-graduada é uma responsabilidade ética e uma atitude pessoal, a ser assumida livremente por cada clínico ao longo da (sua) vida profissional, e a ser promovida, apoiada e acompanhada continuamente por todas as instituições de ensino, sociedades científicas e organizações profissionais de Medicina. Todavia, aquele posicionamento que hoje nos parece indissociável de uma vivência médica asseguradamente competente e humanística, que evoca as raízes hipocráticas da Medicina, nem sempre se confirmou na realidade dos factos.

Longe vão os tempos em que a licenciatura em Medicina conferia ao seu detentor autoridade indiscutível para o exercício pleno de qualquer tipo de acto médico, em qualquer local e enquanto desejasse manter-se em actividade.

Os limites para tão ampla autoridade provinham, quase só, de incapacidades profissionais consciencializadas pelo próprio ou das insuficiências do saber médico em cada época.

A Medicina moderna começou a dar os seus primeiros passos no século XIX, por via dos trabalhos inovadores de Claude Bernard e Rudolf Virchow. A experimentação tornou-se obrigatória nas observações factuais, as conclusões fundamentadas tornaram-se peças indispensáveis do raciocínio científico e, pouco a pouco, através da revolução metodológica entretanto desencadeada, o conhecimento médico cresceu em profundidade e em diversidade, cruzou fronteiras e atravessou oceanos. A escola europeia lançou sementes no continente americano. Primeiro na Europa e depois na América tornou-se evidente a necessidade de aumentar o treino clínico dos licenciados. Os hospitais abriram as suas portas à colaboração graciosa de médicos externos que, sob a direcção dos clínicos residentes, faziam as tarefas clínicas que

* P – In: “Formação Pós-Graduada na FML 1987-2001”, Série Estudos e Documentos da FML 2002; 3:ix-xiii.

lhes eram indicadas. Estava dado o mote para a formação médica pós-graduada que, lentamente e em países distanciados entre si, se foi consolidando em tirocínios profissionais sistematizados – os Internatos.

O Relatório Flexer, de que resultou a reformulação do ensino pré-graduado da Medicina nas Escolas Médicas norte-americanas e canadianas aos alunos do século XX, foi a primeira indicação de que a formação médica deveria ser impregnada pelos conhecimentos e racionalismo das ciências básicas. Os princípios e recomendações advogadas por Abraham Flexer estiveram na origem de uma verdadeira revolução conceptual e metodológica da educação médica que, em poucos anos, se generalizou a todo o mundo.

Por força dessa comunhão de objectivos, da quantidade e complexidade crescente do conhecimento disponível e da especialização dos desempenhos, os médicos, as suas academias e as corporações profissionais adquiriram consciência de que a *arte* tende a melhorar substancialmente se e *quando*, no processo da transmissão, intervierem formadores que, além da competência médica, também sejam detentores de capacidade e experiência pedagógicas.

Cerca dos anos quarenta, em parte devido ao extraordinário aumento registado no conhecimento científico específico e/ou com implicações médicas, começou a germinar a convicção de que a formação e a prática da Medicina constituiriam um conjunto indissociável e interactivo, cujo horizonte excedia amplamente o período requerido para a licenciatura.

Naquela perspectiva tornou-se evidente que a formação médica representaria um *continuum* com três fases essenciais: a da aprendizagem pré-graduada, a pós-graduada e a da formação contínua.

Na verdade, não existem fronteiras na formação médica mas somente fases diferentes de conhecimento e de competência; a licenciatura conferida pelas Faculdades representa um certificado de acreditação de capacidades que intitula o recém-licenciado para o exercício tutelado de determinado conjunto de actos médicos. Porém, essa certificação não significa que a formação médica esteja concluída mas que atingiu somente o termo da sua fase primária.

A bem dizer, a formação pós-graduada difundiu-se, multiplicou-se e foi sistematizada quando as Escolas Médicas e os organismos profissionais começaram a identificar deficiências de preparação nos recém-licenciados. Nos primeiros tempos, os conteúdos não aprendidos constituíam a matéria a ensinar nas sessões da formação pós-graduada. Posteriormente, com a institucionalização dos Internatos, foi criado espaço e tempo próprios, reconhecidamente essenciais para a aprendizagem supletiva de conteúdos e desempenhos, no pressuposto de que a pós-graduação viabilizaria a aquisição da experiência clínica, a par com os conhecimentos e práticas mais especializadas.

Participação da Universidade

Ainda que a prática clínica seja por si uma fonte inesgotável de novos factos sem explicação ou solução aparente e, por isso, razão suficiente para a procura de esclarecimentos junto dos clínicos mais conhecidos e ou experientes, parece claro que cabe à Universidade dar o terreno e os recursos do saber que viabilizem as respostas exigidas e possibilitem o progresso continuado do conhecimento. Neste posicionamento incumbe às Faculdades de Medicina – pela experiência que detêm no ensino específico da ciência médica, pela qualificação para a docência dos seus quadros e, muito em particular, por serem a origem natural donde emana e se renova a ciência biomédica e médica pela investigação – participassem activamente nas actividades de formação pós-graduada e do desenvolvimento profissional dos seus antigos alunos, em desejável interacção de esforços e colaboração participada dos serviços de saúde a que aqueles estão vinculados.

A actualização e o aprofundamento orientado dos conhecimentos e a aquisição de competências especializadas são eixos de desenvolvimento hoje indissociáveis da formação médica pós-graduada e, por isso, parte integrante do progresso individual e colectivo da Medicina.

A importância reconhecida daquelas medidas justifica uma organização cuidada dos programas da pós-graduação, com nível académico consentâneo aos objectivos pretendidos, e um corpo docente à altura das responsabilidades exigidas e da qualidade da formação especificada.

No entendimento de que a formação médica é um *continuum* em que se diferenciam etapas evolutivas com responsabilidades implícitas, as Faculdades de Medicina têm de planear a sua actuação também a longo prazo, sem se quedarem numa estratégia quase só limitada à pré-graduação.

A realidade criada pelo aumento progressivo do saber em que se fundamenta a prática médica está a exigir de cada clínico um enorme esforço de actualização, em tendência crescente. Não oferece dúvidas de que grande parte dos actuais conhecimentos técnicos e práticos, comuns na clínica, serão obsoletos nas próximas décadas. Seja para aumentarem os seus conhecimentos ou para se actualizarem e criarem novas competências, os médicos terão de reservar, mais e mais, uma parte significativa da sua vida activa para actividades de auto-aprendizagem e ou sessões de formação orientada. Portanto, não havendo outro modo de resolver o problema, afigura-se sensato prever e planificar apropriadamente os conteúdos, as modalidades e os períodos de instrução pós-graduada. E, decididamente, pôr em marcha um processo de aprendizagem activa ao longo da actividade profissional que não se justifica ignorar, subestimar ou sequer adiar.

A Pós-Graduação na FML

A Faculdade de Medicina de Lisboa (FML) possui uma consistente tradição no desenvolvimento e apoio à formação pós-graduada e contínua, que ultrapassa a sua própria criação em 1911, para mergulhar as raízes nas origens da Real Escola de Cirurgia e, um pouco antes também, nas da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa.

Todavia, somente em 1984-85 foi a FML consciencializada para a premência em institucionalizar a pós-graduação. Na origem daquele despertar esteve o, então, presidente do Conselho Científico, Professor José Pinto Correia, que, com clarividente pertinência defendeu a organização de Internatos médicos com cariz universitário, a serem promovidos em estreita colaboração pela FML e pelo Hospital de Santa Maria (HSM). Alguns anos depois o Professor Pinto Correia alargava a sua reflexão à educação médica contínua, propondo que todos os médicos adquirissem um número mínimo de créditos anuais naquela formação, que deveria abranger particularmente os médicos de Clínica Geral.

Na senda daquelas recomendações, e com o apoio dos seus sucessores no Conselho Científico da FML, os Professores Torres Pereira (em 1987-88) e Fernando Pádua (em 1988-91), e do Professor Miguel Carneiro de Moura, presidente do Conselho Directivo (1986-88), foi criado (em 1987 e ratificado em 1988) o Gabinete de Estudos Pós-Graduados (GEPOG). Foi seu primeiro director e grande impulsionador o Professor Carlos Ribeiro que, na linha de pensamento anterior, consolidado na histórica reunião de Sesimbra em Maio de 1987, promoveu actividades com grande envolvimento da FML e do HSM. Datam dessa época os primeiros Cursos de Introdução à Clínica Hospitalar, depois Cursos de Urgência Hospitalar, que ainda se mantêm, ano após ano, com igual entusiasmo e adesão. Foram entretanto definidos os objectivos e normas do GEPOG. O resultado das actividades desenvolvidas pelo GEPOG foi apresentado à comunidade académica e médica nacionais no *IV Congresso Nacional de Educação Médica*, organizado pela FML em 1989. Na sequência foi idealizado o alargamento do GEPOG em Departamento de Educação Médica (DEM), o qual veio a ser activado em 1993.

Sob a direcção do Professor Gomes-Pedro (1993-1999) o DEM atingiu importante desenvolvimento, conceptual e realizador. Foram lançadas as bases do 1º Curso de Mestrado em Educação Médica (1995-1997), o primeiro na FML, no País e também um dos primeiros a nível internacional. Aquele curso foi realizado em parceria inovadora com a Universidade de Wales, no propósito de ser modelar, propiciar a orientação para futuras edições e consolidar a modernização da cultura pedagógica institucional. Nessa perspectiva estratégica, definida pelos órgãos de gestão da FML e posta em movimento pelo DEM, foi estimulante assistir à entusiástica participação de

um significativo grupo de jovens professores como mestrados do 1º curso, os quais, desde o primeiro momento, e posteriormente, deram importante apoio à renovação do currículo pré-graduado da FML.

Adicionalmente, a direcção do DEM deu continuidade a um crescente número de acções de formação médica contínua de curta duração e impulsionou os contactos internacionais com associações de educação médica e Faculdades de Medicina europeias, de que resultou um núcleo para a implantação do Programa Sócrates-Erasmus na FML.

Na sequência, o Prof. Toscano Rico dirigiu os trabalhos em curso no DEM, entre 1999 e 2001.

Seguiu-se um período de reestruturação que, tomando como base a experiência adquirida desde os primórdios do GEPOG e depois no DEM, deu fundamento a um projecto de expansão. Considerando os objectivos e mais-valias adquiridas a nível institucional, entendemos ser essencial a definição de um Programa de Formação Avançada, cujas actividades foram enquadradas no âmbito de um Instituto com idêntica designação (aprovado pelo Conselho Científico e pelo Director da FML em Março de 2001 e pela Comissão Científica do Senado da Universidade de Lisboa em Junho de 2001). Além de incluir o DEM, integram também o Instituto de Formação Avançada (IFA), o Gabinete de Apoio à Investigação Científica, Tecnológica e Inovação e o Gabinete de Mestrados e Doutoramentos.

O Futuro da Formação Avançada

O futuro está a nascer para o IFA. Os seus primeiros passos estão a ser dados com segurança crescente, reflectindo o empenhamento determinado da FML e a vontade dos seus professores em vitalizarem uma estrutura funcional que substancie a formação pós-graduada e o desenvolvimento profissional contínuo, que apoie solidamente os médicos e antigos alunos da FML que pretendam actualizar e aumentar os seus conhecimentos e competências, e pelo qual seja conferida acreditação científica e profissionalizante com aceitação nacional e internacional.

Esse será o futuro de uma tradição consolidada a que a FML quer dar ainda maior expressão e contributo, a bem do enriquecimento e renovação do saber médico e para benefício directo de uma maior qualificação dos cuidados de Saúde e progresso da Medicina.

Esse será o futuro que a FML concebeu para o IFA e para a formação avançada, entretanto reconhecida pelo Governo, em Dezembro de 2001, pela aprovação do Contrato Programa para o Desenvolvimento da Medicina na Universidade de Lisboa.

E, embora o futuro seja incerto, conhecendo nós o muito que foi possível realizar no passado, há que o antever confiantes nas nossas capacidades e orgulhosos da Instituição a que pertencemos.

VI – HOMENAGENS
E OUTRAS INTERVENÇÕES ACADÉMICAS

Homenagem na Jubilação do Professor Artur Torres Pereira*

O Professor Artur Torres Pereira concluiu em 1994 uma carreira brilhante e plurifacetada, sempre ao serviço da Faculdade de Medicina e da Universidade de Lisboa.

Licenciado em 1948, iniciou dois anos depois a sua actividade docente na área da Bacteriologia e Parasitologia, onde se consagraria como pedagogo, cientista e patologista clínico de reputado mérito. Por isso, foi com natural distinção que ascendeu na carreira académica, sendo nomeado para cargos de responsabilidade crescente no âmbito universitário, hospitalar, científico e social.

Em 1961 doutorou-se em Medicina, apresentando como dissertação um estudo que lhe haveria de suscitar permanente entusiasmo científico, múltiplas publicações e intervenções públicas, no âmbito do que é, actualmente: uma autoridade de reputação mundial.

Em 1965 foi aprovado em concurso para Professor Extraordinário de Bacteriologia, Parasitologia, Higiene e Medicina Social. Quatro anos mais tarde, foi aprovado para Professor Catedrático de Higiene e Medicina Social sendo, em 1977, nomeado Professor Catedrático de Bacteriologia e Parasitologia, sempre da sua Faculdade, a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Entre 1970 e 1974, como Vice-Reitor da Universidade de Lisboa construiu uma das grandes obras da sua vida, ao dirigir e activar a que é hoje Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

A par de tão intensa actividade, implícita na importância das funções desempenhadas destaca-se ainda uma intensa participação social e um labor profissional notáveis.

Realizou os Internatos Geral e Complementar de Clínica Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa, exercendo funções médicas no quadro do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana entre 1952 e 1977. Desde então desempenhou o cargo de Presidente do Conselho Directivo daquela Instituição.

* OP-In: Revista FML 1994; II (11): 369-370.

Como especialista em Patologia Clínica desde 1958, acumulou funções entre 1954 e 1961 no Laboratório de Bacteriologia do Serviço de Análises Clínicas do Hospital de Santa Maria, de que foi nomeado em 1990 chefe de serviço supranumerário.

Parte da sua formação académica e profissional de base foi enriquecida por estágios em Instituições estrangeiras – Londres (1957) e Roma (1963) – como bolseiro do Instituto de Alta Cultura.

Entre outras funções e cargos científicos, merece particular destaque a Presidência da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa entre 1977 e 1985, a Presidência da Sociedade Portuguesa de Microbiologia desde 1984, e a representação como vogal nacional em diversas e prestigiadas Comissões Internacionais no âmbito da Microbiologia.

Integrou Comissões de nomeação ministerial para Estudos Bacteriológicos realizados em Angola (em 1955), Moçambique (em 1957) e Macau (1961, 1962 e 1963), e foi representante nacional por indigitação do Ministério da Saúde em diversas reuniões internacionais.

Colaborou activamente na organização de numerosos cursos de aperfeiçoamento e reuniões científicas, nacionais e internacionais. É membro efectivo de prestigiadas associações científicas nacionais e internacionais, sendo desde 1994 sócio correspondente nacional da Academia das Ciências de Lisboa. Foi conferencista, autor e co-autor de mais de uma centena de trabalhos, científicos e do domínio educacional, publicados em revistas nacionais e estrangeiras.

A partir de 1978, esta notável figura da Medicina e Educação Médica nacionais que hoje homenageamos, renasce da penumbra, fugaz na relatividade do tempo mas que sabemos ter sido interminável para o próprio, para onde fora empurrado pela estupidez que sempre floresce nas convulsões político-sociais.

Entre 1978 e 1980, e depois entre 1986 e 1989, o Professor Torres Pereira reocupa lugar cimeiro entre os seus pares, presidindo ao Conselho Científico da FML. Desde 1989, e até à sua jubilação, é nomeado Presidente do Conselho Directivo, sendo o primeiro Director da FML nos tempos actuais.

Com dedicação inextinguível à Causa Pública e à “Sua” Faculdade, com entusiasmo e ponderação, com inteligência e sentido da realidade, soube o Professor Torres Pereira enfrentar anos muito difíceis da conjuntura nacional e institucional. A sabedoria que possui e lhe é unanimemente reconhecida por todos que tiveram a oportunidade de usufruir da sua convivência, permitiu-lhe atravessar, na maioria com sucesso, inúmeros escolhos naturais e artificiais que lhe foram criados.

A saúde ressentiu-se de tudo isso mas, também aqui, soube o Professor Torres Pereira vencer a adversidade, mantendo-se, sem interrupção, ao leme da “grande nau em mar tempestuoso”.

Propositadamente deixei para o fim duas outras realizações primordiais em que o Professor Torres Pereira muito se empenhou.

Uma foi a institucionalização e dinamismo visionário que soube imprimir à Medicina Preventiva e, por extensão, à inclusão do ensino da Clínica Geral na pré-graduação de Medicina.

Outra grande obra do Professor Torres Pereira foi, sem dúvida, o produto da sua persistência e labor nos comandos da Comissão de Reforma Curricular que, em boa hora, foi criada na sequência da “Iniciativa de Lisboa”. O futuro plano curricular da pré-graduação e o enquadramento da formação pós-graduada muito ficarão a dever à capacidade e à inteligência do nosso homenageado. A criação do Departamento de Educação Médica na FML, ainda único entre as Faculdades de Medicina nacionais, é apenas uma das mais evidentes demonstrações do empenhamento criativo do Professor Torres Pereira, no domínio da Educação Médica.

Por proposta do Professor Torres Pereira foi-me concedido o privilégio de servir a Faculdade de Medicina de Lisboa entre 1991 e 1994, como seu subdirector. Nessa qualidade tive a honra de com ele privar, trabalhar e aprender. Sou, portanto, mais um seu reconhecido discípulo e admirador, a quem hoje quero prestar homenagem e, na qual, sei que serei acompanhado por muitos outros colaboradores, discentes e colegas.

Que o futuro que agora começa seja pleno de êxitos, são os votos muito afectuosos que aqui lhe expressamos, Senhor Professor Torres Pereira.

Jubilação do Prof. Doutor Carlos Ribeiro*

Tive o privilégio de privar diariamente com o Professor Carlos Soares Ribeiro desde 1994 e até ao presente. Neste período partilhámos responsabilidades em órgãos de gestão que se querem convergentes, senão mesmo potenciadores das respectivas actividades, como são a Direcção e o Conselho Científico. E, nesse dia-a-dia, houve frequentes motivos para mútua satisfação pelos resultados conseguidos e pelas dificuldades ultrapassadas, sempre a bem dos interesses da FML.

O balanço final desta mútua entreaajuda pode considerar-se francamente positivo. Tivemos assim o caminho facilitado para algumas modificações urgentes que tardavam e para alterações mais radicais que há muito se impunham. Foi possível solucionar questões que estavam a bloquear unidades e a destemperar ânimos mais susceptíveis.

Tornou-se viável reanalisar o aproveitamento de recursos humanos que existiam mas cujo paradeiro era mais difícil comprovar. Foram concretizados arranjos decisivos no nosso plano curricular, embora tivessem restado alguns pormenores por solucionar.

Ficaram definidas prioridades estratégicas de natureza pedagógico-científica, que o tempo se encarregará de confirmar.

No seu conjunto, a FML readquiriu lentamente procedimentos e formas mais consentâneas à realidade e às exigências do momento. Por tudo, poderei considerar que o período de quase três anos em que colaborámos estreitamente, em que, na qualidade de Director, tive o apoio leal e qualificado do Prof. Carlos Ribeiro como Presidente do Conselho Científico da FML, foi uma época marcante quer em termos de realização pessoal quer pelos reflexos sem dúvida positivos para a nossa comum *Alma Mater*.

Entretanto, já há largos anos que mantinha com o Prof. Carlos Ribeiro uma colaboração científica especial, ele como director da prestigiada Unidade de Cuidados Intensivos Arsénio-Cordeiro (UTIC-AC), eu como respon-

* D – In: Revista da FML 1997; Série III, 2 (5): 285-286.
(Discurso como Director da FML, na cerimónia que decorreu na Aula Magna da FML em 15 de Maio de 1997).

sável pelo Instituto de Bioquímica da FML. Foi um progresso também partilhado, curiosamente por ambos termos um pouco de influência e responsabilidade num colaborador comum, que era assistente de Bioquímica e cardiologista destacado naquela Unidade. Assim, desde 1976 houve uma permanente inter-colaboração, que diria exemplar e inédita, entre uma área básica e outra clínica. Resultaram numerosos trabalhos de investigação aplicada, foi criado o Núcleo de Estudos de Fisiopatologia do Esforço (actualmente peça fundamental das actividades formativas e assistenciais da UTIC-AC) e, finalmente resultou o doutoramento daquele nosso comum colaborador. Pelo que, também aqui, poderei testemunhar sobre o privilégio que foi colaborar com o Professor Carlos Ribeiro durante 20 anos.

Chega agora o dia em que, por força da lei, o Professor Carlos Ribeiro tem de interromper a sua carreira profissional, como docente e clínico, respectivamente na Faculdade de Medicina de Lisboa e no Hospital de Santa Maria. É sem dúvida uma perda para as duas instituições, pois ambas vêm sair um profissional probo e dedicado, que colocou a sua inteligência, a sua saúde e a sua disponibilidade ao serviço da Causa Pública, que por ambas se esforçou e lutou, e de ambas sai saudado entusiasticamente por tantos colegas, discípulos, amigos e familiares que hoje aqui se reuniram nesta sala.

Assim, a jornada de hoje que a emoção poderia toldar, “metamorfosa-se” numa ocasião festiva em que rejubilamos na oportunidade de empatia comum pela mesma pessoa que conhecemos, com quem privámos e continuamos, embora em circunstâncias diferentes para cada um dos presentes. E neste caso sabemos, temos a certeza, de que o Professor Carlos Ribeiro, que agora celebra o seu Jubileu, continuará connosco, individualmente e institucionalmente, na presença amiga que é seu timbre, na solidariedade a que nos acostumou, e no conselho sensato de quem nos estima.

Contamos consigo, Professor Carlos Ribeiro, para engrandecimento da nossa Faculdade, para progresso da Medicina que a todos nos une, e para apoio aos mais jovens que em si sempre buscaram ensinamento e ânimo. E, finalmente, contamos com o seu esforço redobrado na sua nova missão como presidente da Ordem dos Médicos, nesta nova dimensão da sua vida em que, como sempre, se propõe entusiasticamente participar.

**Carlos Ribeiro, Presidente do Conselho Científico
da FML (1991-1995)***

O Professor Doutor Carlos Ribeiro presidiu ao Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FML) durante três mandatos sucessivos; mais exactamente, de 18 de Março de 1991 a 14 de Maio de 1996. Em Novembro de 1996 atingiu a data da sua jubilação como académico, cessando também funções de director de um serviço hospitalar do Hospital de Santa Maria (HSM).

O prestígio, desenvolvimento e projecção nacional e internacional da Faculdade de Medicina de Lisboa, a par com a qualificação rigorosa dos cuidados clínicos em cardiopatia isquémica prestados pela Unidade de Cuidados Intensivos “Arsénio Cordeiro” (do Hospital de Santa Maria) sob a sua direcção desde 1980, constituíram os dois pilares centrais da intervenção persistente do Professor Carlos Ribeiro durante mais de três décadas. Como muito claramente acentuou na “Última Lição”, *“a cardiopatia isquémica foi a nossa preocupação major no percurso clínico, pedagógico e de investigação que trilhamos”*. Para Carlos Ribeiro, a clínica teria de se basear na ciência e na arte da ciência, porque *“investigar... é um estado de espírito, uma obrigação do dia-a-dia do clínico”*. As centenas de intervenções científicas que o Professor Carlos Ribeiro publicou ou apresentou sob aquela temática deram corpo ao propósito referido.

Com igual clareza e em diversas oportunidades insistiu na indispensabilidade de uma renovada definição da relação Hospital/Faculdade, para bem da missão formativa pré e pós-graduada e para prestação de cuidados de saúde de superior qualidade por uma plêiade de docentes médicos comuns, actuando em Hospitais Universitários: *“Sem a criação de Centros ou de Hospitais de Ensino não será possível existirem condições para o ensino tutelado.... O não aproveitamento de todos os médicos do Hospital para o Ensino tornará este impossível para as gerações que estão agora a preten-*

* OC – In: “Carlos Ribeiro – A Vida Modo de Conhecer”, M.V. Alves, R. Ferreira, C. Perdigão (eds), edição da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2006, pp. 176-181.

der cursar Medicina”. Infelizmente neste campo, não obstante o seu empenhamento e persistência, não viu concretizarem-se as suas ideias e foi com alguma mágoa que o expressou num dos seus últimos relatórios.

Porém, numa linha de clarividente coerência, e a par da docência na sua disciplina e em outros eventos da pré-graduação, destaca-se a intensa intervenção dinamizadora do Professor Carlos Ribeiro na organização de sucessivos cursos de actualização e de formação pós-graduada, primeiro para os seus colaboradores da UTIC-AC, depois para médicos internos da especialidade do Hospital de Santa Maria, clínicos gerais, investigadores clínicos e médicos recém-formados, sem esquecer a intensa actividade educacional e editorial a que, com idêntico objectivo, se dedicou longamente na Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

Tão profícua e intensa actividade conduziu à criação, em 1987 do Gabinete de Estudos Pós-Graduados (GEPOG) da FML (sob a égide do Conselho Científico, então presidido pelo Professor Pinto Correia), que foi a primeira estrutura criada em Escolas Médicas Portuguesas visando a formação médica pós-graduada.

Carlos Ribeiro foi, naturalmente, o primeiro coordenador do GEPOG (de 1987 a 1991). O impulso gerado pelo GEPOG, por via de dezenas de cursos de actualização, alguns dos quais com sucessivas edições anuais sob a sua constante e cuidada atenção, esteve indubitavelmente na origem de duas outras iniciativas também pioneiras a nível das Faculdades de Medicina nacionais: o Departamento de Educação Médica (DEM), em 1993, que viria depois a ser englobado no Instituto de Formação Avançada (IFA), em 2001.

Em 1991, quando o Professor Carlos Ribeiro iniciou o seu primeiro mandato na presidência do Conselho Científico havia já (em grande parte devido ao seu esforço anterior) uma profunda consciencialização institucional de que a formação médica tinha um percurso longo, constante e exigente de actualização e desenvolvimento. Foram iniciados Cursos de Mestrado na FML e dado particular apoio e continuidade às tradicionais Sessões Clínicas e Anatomo-Clínicas Hospital/Faculdade, realizadas às 5^{as} feiras. Adicionalmente, tornava-se crucial melhorar a formação pedagógica dos docentes, tendo em vista a então já prevista e superiormente aprovada revisão curricular, na sequência da “Iniciativa de Lisboa” realizada três anos antes.

A realização, de 1995 a 1997, do 1^o Curso de Mestrado em Educação Médica” pela FML, em colaboração: estruturante com a Universidade of Wales College of Medicine, constituiu o culminar de um anseio antigo da Faculdade e a celebração das perspectivas e do labor iniciado pelo Professor Carlos Ribeiro na década anterior, no âmbito da formação pós-graduada, os quais foram bem interpretados e continuados pelos seus seguidores à frente do GEPOG, depois do DEM e por fim, do IFA.

O que antes se afigurava um sonho (docentes com formação pedagógica) foi concretizado em 1997: a FML passou a ter no seu quadro cerca de uma dezena e meia de docentes (entre professores catedráticos e assistentes) com o grau de mestre em Educação Médica. A preparação e desenvolvimento do novo programa curricular ficaram, por isso, enriquecidos com formadores melhor preparados. Na mesma perspectiva, foi manifesto o seu empenhamento no acompanhamento processual e no formato das provas académicas, designadamente, doutoramentos e outros graus académicos, e na regularização das muitas intenções que tardavam em concretizar-se. Houve uma particular atenção dos Conselhos Científicos presididos por Carlos Ribeiro em colmatar algumas omissões e em solucionar candidaturas, por via de uma regulamentação racional e especificadora não só em aspectos formativos como também da investigação. Merece particular destaque a decisão (mais uma vez pioneira nas Escolas de Medicina nacionais) tomada pelo Conselho Científico, em 1993, em criar provas de doutoramento em Ciências Biomédicas. Esta medida inovadora veio insuflar os quadros da Faculdade com renovada e poderosa vitalidade científica que, actualmente, é uma componente natural dos programas da área de excelência de investigação da FML, que é o Instituto de Medicina Molecular.

Entretanto, a FML adquiriu novas capacidades para almejar, pela primeira vez, a diversificação da formação pré-graduada em outros cursos de licenciatura, além do de Medicina. Em 1994, o Conselho Científico presidido por Carlos Ribeiro iniciou a apreciação de um curso de licenciatura em Dietética e Nutrição, que viria a ser aprovado alguns anos mais tarde.

Tive o privilégio de privar diariamente com o Professor Carlos Ribeiro desde 1991, primeiro como Subdirector (até 1994) e depois, por jubilação do Professor Torres Pereira, como Director da FML até 2005. Por via deste particular e alongado posicionamento, pude assistir à empenhada participação de Carlos Ribeiro em todos os momentos directa ou indirectamente relacionados com a “sua” Faculdade e o “seu” Hospital (Universitário) e, também, das benéficas repercussões dos seus mandatos em períodos posteriores da vida institucional.

Colaborámos estreitamente, a partir de 1994, na activação do novo programa curricular que se iniciou um ano depois. O trabalho a fazer para a mudança curricular era muito e também delicado. Urgia avançar mas havia que fazê-lo com prudência e alguma diplomacia, evitando susceptibilidades ou encontrando formas de as resolver. A participação do Conselho Científico foi, naquela época, preciosa, muito particularmente pela colaboração empenhada de Carlos Ribeiro no que era fundamental fazer-se, sempre em harmoniosa sintonia com a Direcção e outros Órgãos da Faculdade. Entre outras medidas fundamentais cite-se, como exemplo, a concordância do Conselho Científico, em 1995, à criação de uma estrutura de coordenação, apoio ao

desenvolvimento e avaliação do novo programa curricular, constituída por uma Comissão de Revisão Curricular e de uma Comissão de Acompanhamento Curricular.

São também de referir as frequentes reuniões inter-institucionais realizadas com presidentes dos Conselhos Científicos, em que Carlos Ribeiro teve a oportunidade de concertar políticas tendentes a resolver os enormes problemas que afectavam a Universidade e, particularmente os universitários, na tentativa também de conseguir a unidade de pensamento e acção das diversas Faculdades de Medicina para o desenvolvimento do novo programa curricular, e da exposição das dificuldades e meios necessários perante os governantes.

Por via deste espírito dialogante que sempre caracterizou Carlos Ribeiro, e da forma como interpretava as realidades existentes e previsíveis, pôde a Faculdade dar o salto qualitativo que se pretendia. Fiel à estratégia a que se havia proposto em todos os seus programas de mandato, Carlos Ribeiro ainda conseguiu, entre outras obras *major* iniciar e consolidar os “Encontros da FML” com o propósito de “*fomentar a unidade entre Personalidades que de algum modo estão ou estiveram ligadas à nossa Escola*”. Desde o primeiro realizado em 1994, os “Encontros da FML” foram, e continuaram a ser, ocasiões ímpares de natureza científica, cultural e afectiva, para congregação dos membros da Faculdade, actuais, anteriores e recém-admitidos. Para consolidação do enriquecimento cultural e humanístico da Faculdade, e como forma da sua aproximação à comunidade e outras Escolas e Organismos, Carlos Ribeiro deu continuidade a um programa cultural, que teve o seu auge em 1991-92.

A clarificação de uma política da FML para a investigação científica constituiu uma manifesta preocupação de Carlos Ribeiro. Foi constante no empenhamento à activação do GAPIC, no estímulo e procura de soluções para financiamento das actividades dos Centros de Investigação ex-INIC incorporados na FML em 1994, e foi com esperançosa expectativa que acompanhou o projecto de construção do novo edifício da Faculdade, então designado por “Instituto de Ciências Fisiológicas e Centro de Medicina Preventiva”, como modo de expandir a investigação na Faculdade. Neste enquadramento, Carlos Ribeiro expressou por diversas ocasiões a sua expectativa e grande esperança no apoio que a Associação para a Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina, activada em 1995, poderia vir a ter quanto ao desenvolvimento da investigação científica e, eventualmente também, numa eventual parceria de gestão pública-privada da Faculdade.

Outra vertente estratégica muito valorizada por Carlos Ribeiro consistia em “*integrar a Escola na Europa e adequar o seu funcionamento à modernidade*”. São exemplos daquelas iniciativas a realização pela FML, em 1993-94 do “Lisbon Meeting on the Mandatory Period”, a activação das perspec-

tivas dos estudantes no âmbito do Programa Erasmus, do Programa Tempus e do Eurotransmed (para apoio ao ensino continuado).

Paralelamente, participou activamente na preparação de um protocolo de relacionamento com a Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, como ponto de partida para o reforço do relacionamento com os Países de Expressão Portuguesa.

Por tudo, foi sem surpresa que na sua “Última Lição”, a Aula Magna da FML transbordou de Colegas, Familiares e Amigos que, pela presença, quiseram com justiça e valimento homenagear o Professor, o Cardiologista e o Cidadão exemplar, que permanece indissolivelmente ligado à história das duas instituições *gêmeas* (FML e HSM) a que pertenceu e muito dignificou.

Jubilação do Prof. Doutor Fernando de Pádua*

Decorre hoje o jubileu do Prof. Doutor Fernando Manuel Archer Moreira Paraíso de Pádua, professor catedrático e decano da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Com inteira justiça a efeméride está a ser condignamente celebrada pela Faculdade de Medicina de Lisboa e por todos os seus membros, entre discípulos, colegas, colaboradores e amigos, que assim desejaram assinalar a carreira exemplar do professor universitário de Medicina e, também, a vida activa conseguida pelo homem bom e pelo cidadão superior.

A dimensão humana, profissional e científica do Professor Pádua ultrapassa naturalmente os muros desta instituição sob dupla tutela, a que sempre pertenceu. Daí que também hoje se associem, em ambiente fraternal, pessoas, instituições e altos dignitários do Governo e do País. Pelo seu testemunho, todos quiseram sublinhar o alto conceito em que têm o homem, o médico, o universitário e o cientista.

O Professor Fernando de Pádua nasceu em Faro a 29 de Maio de 1927, tendo concluído a licenciatura em Medicina e Cirurgia na Faculdade de Medicina de Lisboa, em Junho de 1950. Dezassete anos mais tarde o Professor Pádua tornou-se o mais jovem dos catedráticos de Medicina do País, ao ser aprovado em provas públicas para a cátedra de Terapêutica Médica da sua Faculdade, que é esta.

Neste período, o Professor Fernando de Pádua percorreu todos os graus intercalares de uma dupla carreira exemplar, universitária e hospitalar.

De 1967 a hoje o Professor Catedrático Fernando de Pádua foi coordenador e regente de diversas disciplinas do curso de licenciatura da FML, designadamente de Clínica Médica (depois “rebaptizada” de Medicina III), foi presidente do Conselho Científico, membro do Conselho Directivo em anos sucessivos e, em período mais recente, membro activo da Comissão de Revisão Curricular que está a planificar o novo currículo. Em simultâneo, foi

* D – In: Revista da FML 1997, Série III, 2 (5): 293-295.

(Discurso como Director da FML, na cerimónia que decorreu na Aula Magna da FML em 22 de Maio de 1997).

director de serviços clínicos, em particular o de Medicina IV, gerido numa perspectiva de clínica universitária, em que o ensino e a clínica sempre se misturaram numa amálgama cujas partes o Professor Pádua nunca quis nem conseguiria dissociar. Decerto por idênticas razões nunca deixou de chamar universitário ao “seu” Hospital de Santa Maria, apesar deste, há muito, ser apenas o local onde decorre o ensino clínico, com as dificuldades e os equívocos que persistem por solucionar.

O Prof. Fernando de Pádua – que assistiu à construção e foi dos primeiros internos do então Hospital Escolar de Santa Maria, conceptualizado como instituição específica para a formação médica e para acção assistencial exemplar, de base formativa – manteve sempre a esperança num modelo institucional, que recuperasse a lógica dos centros hospitalares universitários dos tempos actuais.

Talvez por isso, se mais provas fossem necessárias também da sua devoção repartida pela Faculdade de Medicina de Lisboa e pelo Hospital de Santa Maria temos que esta sessão, sendo a “Última Aula” do académico, foi por si marcada para o horário tradicional das reuniões clínicas conjuntas Hospital-Faculdade.

A Faculdade de Medicina de Lisboa e todos os seus membros sentem profundamente a saída do seu professor decano. É um sentimento mais do coração do que da razão, pois temos a certeza de que o Professor Fernando de Pádua jamais se dissociará, emocional e efectivamente, dos problemas da sua instituição, da formação médica e do progresso da Medicina.

Pela nossa parte resolveremos essa descontinuidade inevitável, desafiando o Prof. Pádua a continuar connosco ajudando-nos a resolver dificuldades delicadas, ouvindo-lhe os conselhos preciosos a que nos sempre habituou, acompanhando-o nas múltiplas e inovadoras ideias que lhe conhecemos de sempre. Escritas a azul-turquesa e terminadas pelo fraternal “xi-coração” com que nos saúda, a terminar, as missivas pessoais.

Permitam-me agora que partilhe convosco algumas das suas mensagens ainda hoje pujantes e pertinentes. Para que a sua recordação não se perca, junto apresento alguns contributos publicados pelo Professor Pádua que fazem jus ao Pedagogo experiente e ao Homem prospectivo a que o futuro já deu razão:

O modelo curricular:

“Num modelo de integração vertical... teríamos... uma permanente integração entre as cadeiras do ciclo clínico e as do ciclo básico.”

“Este último será talvez o modelo ideal para nós quando as estruturas o permitirem. Por enquanto o que parece possível fazer-se, ou o que

deve tentar-se, são modelos mistos em que os vários graus de integração vertical e horizontal irão sendo ensaiados progressivamente” (1985).

A pedagogia na pré-graduação:

“... muito mais importante que memorizar factos era definir atitudes, criar modos de proceder, estimular capacidades – facilitando uma aprendizagem e uma progressão contínuas...”

“... grande parte do que estávamos ensinando viria a ser menos verdadeiro, senão completamente falso, quando chegasse a altura de os estudantes começarem a pôr em prática os nossos ensinamentos, ao tratarem de doentes sob sua responsabilidade” (1973).

A aprendizagem:

“o aluno não é um recipiente vazio a encher de conhecimentos para despejar no exame ...”

“...não pode ficar transformado num obeso intelectual, esmagado pelo peso dos seus conhecimentos e sem saber utilizá-los” (1967).

A importância da terapêutica:

“Quando recordo os meus tempos de estudante, ainda próximos mas já tão remotos, recordo uma sensação de incapacidade no início da vida médica prática.”

“... se na realidade o que interessa é formar médicos completos, e para preparar clínicos não há como as aulas de clínica, ... então as da terapêutica não podem nem devem ser esquecidas.”

“A terapêutica, médica ou cirúrgica, preventiva, curativa, ou de reabilitação (quer física, quer psicológica), constitui o fim último para que tende todo o acto médico...” (1967).

A arte médica:

“E como vai então o médico actuar junto do doente?”

Em primeiro lugar pelo simples acto de presença, ..., bem aproveitada pode contribuir extraordinariamente, já não digo para a cura da doença, mas para a cura ou melhoria do doente,....” (1967).

Investigação aplicada:

“Investigar não implica ensinar, mas ensinar impõe investigar. Todavia, esclareçamos, o ensino numa Escola Médica não pode constituir um subproduto da investigação, é esta que constitui um meio de melhorar a educação.” (1967).

O ensino clínico hospitalar e extra-hospitalar (1):

“... o verdadeiro ensino terá que incluir, fora do estrito horário dos alunos, a integração no trabalho das enfermarias, com suas múltiplas oportunidades de ensino e de aprendizagem...”

“... o prazer lúdico da vitória e a amargura da morte, só assim podem ser ensinados, compreendidos e aprendidos.”

“Do modo como o ensino está a ser feito – já o tenho dito – nós damos carta de condução (carta de médico) ao final de uma viagem de autocarro, na qual os alunos viram actuar o condutor.” (1967).

O ensino clínico hospitalar e extra-hospitalar (2):

“... Porque estou eu levantando também este problema do ensino fora do Hospital? Porque a grande maioria da população nunca procurará o médico... alguns procurarão um médico... uma minoria recorrerá ao hospital, e a minoria das minorias serão os doentes internados no Hospital.”

“... para aprender e apreender o mundo da doença e da saúde, torna-se cada vez mais evidente que o aluno de Medicina tem de passar a lidar com “doentes de pé”, em vez de estudar situações, digamos, “terminais”, nem doentes deitados em camas de hospital.” (1985).

Formação pós-graduada:

“Constitui obrigação estrita (o que não quer dizer exclusiva) das Faculdades de Medicina não deixar abandonados os seus graduados.”

“Devemos porém confessar que, no momento presente, a actualização terapêutica da enorme maioria dos médicos do nosso país está dependente afinal... da indústria farmacêutica.”

“De todos os lados se levantam vozes em favor dum ensino pós-graduado... tanto devíamos ter já um verdadeiro Instituto de Educação Pós-Graduada.” (1967).

Formação continuada:

“Considerando, que o ensino não pode terminar com o final do Curso Médico... essa educação médica contínua...para ser realmente eficaz, tem que ser convenientemente estruturada...pela constante difusão da palavra impressa. ...pelo aproveitamento dos novos métodos de comunicação, notadamente o recurso à rede de televisão que cobre o território continental... pela difusão televisionada de reuniões clínicas e anátomo-clínicas hospitalares...” (1967).

“Pois se, durante quarenta ou cinquenta anos da sua vida profissional, o médico já formado vai ser o único responsável pela sua própria educação médica e terapêutica, sem professores que o orientem ou programas que o limitem, exames que o controlem e nada que o estimule – além da Vida e dele próprio – bom será que... tenha aprendido a aprender, se tenha habituado a pensar e a actuar por si próprio, tenha desenvolvido pensamento crítico e científico na procura de soluções...” (1967).

Faltam-me as palavras pelo muito mais que haveria a dizer. Assim terminarei expressando ao Senhor Prof. Doutor Fernando de Pádua, em nome da Faculdade de Medicina de Lisboa e pessoal, a homenagem e admiração a que tem direito, e que lhe devemos.

Cerimónia de Homenagem Nacional ao Professor Fernando de Pádua*

Cícero recomendava que *“o exórdio deve ser sempre cuidado, engenhoso, nutrido de ideias, ornado de expressões apropriadas, sobretudo bem adequadas à causa. É o exórdio que dá uma ideia do resto do discurso e lhe serve de recomendação; portanto, é preciso que seduza imediatamente e prenda os ouvintes”*.

Não é minha intenção fazer um discurso mas, tão-somente, proferir algumas palavras laudatórias com todos os atributos atrás referidos, embora a meu ver eles sejam desnecessários quando a personalidade a homenagear é o nosso Professor Fernando de Pádua.

Quem não conhece o Professor Pádua?

Alunos, médicos, doentes, cidadãos comuns do nosso País e das comunidades internacionais que o Professor Pádua frequentou regularmente, durante décadas da vida académica e profissional, conhecem muito bem a pessoa afável, o médico atento e carinhoso, o cidadão exemplar, o professor universitário e educador notável de gerações sucessivas, o comunicador nato que sabe falar com qualquer público e ser por eles compreendido.

Na realidade todos reconhecem no Professor Pádua, o médico e o amigo que nos habituou a uma mensagem linear em reuniões, em aulas, em conferências por viva voz, por escrito ou por programas audiovisuais inovadores, num quase apostolado da Medicina com raízes hipocráticas, em que a protecção contra a doença e a correcção da homeostasia constituíam aforismos simples, por isso perduráveis e de alcance universal.

Em síntese, o Professor Pádua ensinou-nos que a responsabilidade pela saúde começa por ser nossa, na atitude cautelosa pelo estilo de vida que adoptamos. Em segundo lugar, recordou que a prevenção da doença e a promoção da saúde são responsabilidades partilhadas pelos cidadãos e pelos

* D – In: Revista da FML 2001; Série III, 6 (4): 237-238.

Discurso como Director da FML, na cerimónia promovida pelo Conselho de Prevenção do Tabagismo, aquando da comemoração do “Dia Mundial Sem Tabaco”. Aula Magna da Faculdade de Medicina de Lisboa, 31 de Maio de 2001).

poderes públicos. Em terceiro lugar, quis sublinhar que as doenças comuns resultam frequentemente de situações evitáveis, que se apresentam com consequências imprevisíveis para quem as sofre e também para quem as paga.

Nesta sua luta pelos valores fundamentais da Medicina, pela defesa da saúde e pelo combate à doença nunca vimos o Professor Pádua desfalecer. Bem pelo contrário, nas situações mais difíceis ou desfavoráveis, mais parece que o Professor Pádua se agiganta, pensa em novas soluções, propõe medidas inovadoras, vê mais longe. E assim, dia a dia, ano após ano, o Professor Pádua construiu a reputação sólida dos que lutam sem desfalecimentos por um ideal, dos que erguem uma obra que perdura, dos que pela palavra verdadeira e pelo exemplo modelar criam uma escola de pensamento e acção.

Henry Adams disse-nos que “*um professor aflora a eternidade e, nunca pode dizer onde termina a sua influência*”. O mesmo decorre com a diversificada obra que o Professor Pádua soube criar com inteligência, originalidade e perseverança.

A influência do seu trabalho, hoje saudado com louvor, será decerto ainda mais reconhecida no futuro, propagado que será por si e pelos seus colaboradores.

A sua luta mais mediática e persistente terá sido a que há muito iniciou contra o tabagismo. Não surpreende por isso que o Professor Fernando de Pádua esteja a ter a homenagem nacional que o Ministério da Saúde, através do Conselho de Prevenção do Tabagismo decidiu promover-lhe hoje, com inteira justiça, na Aula Magna da sua Faculdade de sempre.

TS. Elliott afirmou um dia que “*a espécie humana não suporta muito a realidade*”. Talvez que nesta limitação dos que continuam dependentes do tabagismo esteja o grande desafio a vencer.

O medo da doença é ultrapassado por um prazer que se torna perverso, pelas potencialidades patogénicas que o caracterizam, para quem fuma e ainda para todos os que, passivamente, não desejando, são vítimas da insensibilidade egoísta do fumador. Mais parece que o tabagismo só termina quando surge uma doença grave dela resultante.

François Maurial recordava que “*todas as misérias do mundo não impedem os santos de dormir*”. Talvez por isso, entre consumidores indiferentes, empresários gananciosos e um público desconhecedor, o tabagismo, continue a provocar os seus malefícios.

Contra tudo e contra todos, verdadeiramente, o Professor Pádua tem sido o grande paladino nacional na luta contra o tabagismo. A vitória está mais perto. Ao Professor Pádua devemos agradecer o sucesso conseguido. É por isso credor do nosso inteiro agradecimento e afectuosa homenagem.

**Sessão Solene de Abertura do Ano Académico
da FML 1996/97***

Ilustres convidados, Senhores Professores, Senhores Docentes, Senhores Alunos, Senhores Funcionários, de hoje e de ontem,
Senhoras e Senhores,

É com júbilo que, nesta renovada Aula Magna que hoje nos acolhe, dirijo a Vossas Excelências os meus cumprimentos.

Na oportunidade criada pelo IV Encontro, no espírito subjacente que levou à concretização de espaços e tempos em que todos os actuais, antigos e futuros membros da FML pudessem confraternizar entre si, trocar ideias e delinear perspectivas para uma melhor FML, saúdo todos os presentes.

É da tradição, referida no programa, que o Encontro se inicie por uma Sessão Solene, que formaliza a Abertura do Novo Ano Lectivo da FML. É também de tradição aproveitar o ensejo para homenagearmos os membros da FML que se distinguiram por mérito e/ou antiguidade, para saudarmos os novos médicos que na FML concluíram este ano o seu curso e, ainda, para abirmos os braços a acolher os novos alunos que nos continuarão em futuro próximo. Será o que faremos ao longo da primeira parte desta manhã. De seguida a um curto intervalo para se inaugurar a exposição histórica, teremos oportunidade para apreciarmos a Conferência Inaugural, que este ano terá como orador o Prof. Doutor Barata Moura, catedrático de Filosofia da Faculdade de Letras.

* D – In: Revista da FML 1997; Série III, 2 (3): 127-133.
(Discurso como Director da FML na Abertura do Ano Académico de 1996-1997, em Sessão Solene realizada na Aula Magna da FML em 13 de Outubro de 1996, com a presença, entre outras, das seguintes individualidades: Vice-Reitora da Universidade de Lisboa, Bastonário da Ordem dos Médicos, Director do Hospital de Santa Maria, Presidente da Assembleia de Representantes, Presidentes do Conselho Científico e Conselho Pedagógico da FML, Secretário Geral do IV Encontro, Secretária da FML, Presidente da Direcção da Associação de Estudantes).

O IV Encontro prossegue de tarde com uma reflexão institucional sobre as “Realizações e Limitações nas Áreas Básicas e Clínicas da Investigação”. Participarão representativos membros da comunidade científica nacional e internacional, nossos convidados.

Amanhã haverá lugar para “Repensar a FML”, como Unidade da Universidade de Lisboa integrada na comunidade e com intervenção no saber médico. Será a primeira abordagem de uma temática essencial, na procura de soluções e de novos eixos de desenvolvimento, que ocupará a FML durante o próximo ano.

Amanhã de tarde a FML abrirá uma nova janela de intercomunicação na área da educação médica, da ciência e da técnica. Com a entrada em funcionamento da sala de telemedicina será substancialmente reforçada a capacidade formativa da FML, com potencial extensão à consultoria médica.

Na sequência de uma primeira fase de instalação da Internet, concretizada há cerca de três anos, a abertura da telemedicina a acções de formação constitui uma etapa fundamental na modernização do conceito e dos meios do ensino-aprendizagem de Medicina na FML.

Finalmente, haverá um momento de lazer e de convívio no sarau cultural, preparado pela Associação de Estudantes, com o qual se encerra o IV Encontro.

A Missão, os Meios e as Realidades

De regresso ao tempo presente permitam Vossas Excelências que me alongue por algumas palavras e lugares comuns, sobre assuntos fundamentais que há muito são preocupação desta Instituição.

Começaria pelo significado (socio-político) e objectivos da Universidade em geral, e das Faculdades de Medicina em particular.

A *criação*, a *transmissão*, a *conservação* e a *aplicação* do saber constituem, desde sempre, objectivos essenciais das Universidades. Mais recentemente, em particular com o advento de novos conceitos educacionais e da viabilização da permuta de informação pelo *ciberespaço*, algumas daquelas premissas (designadamente a transmissão e a conservação do saber) perderam posicionamento relativo.

A criação dos novos conhecimentos vem sendo igualmente coagida pela restrição de fundos, cada vez mais alocados em função de objectivos pré-determinados, seleccionados pela sua potencial aplicação imediata e provável rentabilidade financeira. É a era do *saber para consumo*, que substitui a do *saber pelo conhecimento*. A aplicação do saber através de prestação de serviços na comunidade ou em objectivos socialmente estratégicos constitui um último território em que a Universidade não revela vocação consistente nem capacidade operativa. Paradoxalmente, porém, é a vertente que o poder

político procura incentivar (directa ou indirectamente), com riscos graves para a essência da missão universitária.

Muito haveria a dizer sobre os objectivos, a vocação e as possibilidades da Universidade contemporânea e no futuro imediato. Não é este, porém, local nem ocasião para mais reflexões genéricas sobre o assunto.

São porém oportunas algumas considerações sobre as Faculdades de Medicina. E, nesta perspectiva, importa esclarecer duas questões basilares, sem o que é irrelevante aprofundar o problema em que se transformou a formação médica em Portugal.

Primeiro são as Faculdades de Medicina instituições socialmente úteis, indispensáveis para a formação de clínicos competentes, para a promoção e desenvolvimento, difusão e aplicação do conhecimento médico? E, por via dessas atribuições, são as Faculdades de Medicina uma peça fundamental no enquadramento da política da Saúde no nosso País, de qualquer País?

Tendo por admissível uma resposta unanimemente positiva, afigura-se-me racional que a criação, manutenção e modernização das Faculdades de Medicina se constitua num objectivo estratégico de qualquer País evoluído. As Faculdades de Medicina deverão ser em número proporcional à formação de clínicos suficientes e competentes para as necessidades de saúde do território nacional.

As Faculdades de Medicina terão de dispor de meios físicos, recursos humanos e financeiros adequados, para que a formação médica não se restrinja à *quantidade* mas igualmente decorra sob critérios rigorosos de *qualidade*, comprovada por padrões internacionais.

Os elevados encargos financeiros necessários para dar cumprimento àqueles objectivos, a par com as especificidades ímpares de um processo educacional baseado no contacto com doentes em instalações hospitalares, entre outros requisitos, justifica que a criação e suporte das Faculdades de Medicina sejam primordialmente assumidos pelo Estado. Por idênticos motivos compreende-se que em Portugal, e até hoje, não haja nenhuma instituição privada de ensino médico, embora outros cursos superiores se multipliquem à exaustão pelas diversas cidades do País.

Embora sem excluir que a privatização parcial do ensino médico venha a acontecer a curto prazo, antevê-se que o Estado continue a assumir a grande generalidade desses encargos, sob pena de haver uma rotura na prestação de cuidados médicos às populações. E, naturalmente, essa será uma situação que nenhum Governo responsável quererá perfilhar.

O que nos traz à *segunda* e incontornável questão, esta relacionada com as condições básicas disponíveis ou fornecidas pelas Estado para o devido cumprimento da missão institucional que compete às Faculdades de Medicina executar com dignidade, competência, qualidade e exemplaridade. Estamos a falar da formação de clínicos que possam exercer a sua profissão nos

restantes países do espaço comunitário e, como tal, devem ser preparados em condições equivalentes às dos respectivos estudantes de Medicina. Subjacentes a esta questão existem os direitos à saúde das populações, previstas na Carta dos Direitos do Homem, além de não nos parecer aceitável a coexistência, numa só comunidade (europeia), de cuidados médicos de primeira ou de segunda, doentes de primeira ou de segunda, médicos de primeira ou de segunda, e assim sucessivamente.

Configurando-se as Faculdades de Medicina como instituições indispensáveis à Sociedade, sendo o Estado o primeiro interessado e, virtualmente também, o único garante financeiro daquelas Instituições, haverá, que equacionar o tipo de *produto* exigível, em função dos meios atribuídos e do sistema de gestão permitidos.

Do mesmo modo que a expectativa de vida humana antes da descoberta da penicilina na década de 40 era manifestamente mais curta que hoje, também não se pretenderá que as exigências actuais na área da Saúde, com reflexos no sistema de formação médica, possam ser satisfeitas com os meios e processos disponíveis naquela época.

Todavia, por absurdo que pareça, há alguma consistência na analogia, configurada em atitudes tradicionalistas, por vezes excêntricas, de alguns responsáveis e intervenientes no processo, talvez esquecidos de se adaptarem ao presente e ao futuro.

Todo e qualquer sistema tende para a inércia se, no seu interior ou por via externa, não houver mecanismos que assegurem desequilíbrios relativos. No caso em referência, o desequilíbrio é, deverá ser, criado por uma constante exigência de qualidade, pela modernização de meios disponíveis e por conceitos de gestão educacional/funcional, adequados ao momento.

A *qualidade* está na base do progresso, da melhoria do que se faz, e das condições de acção. Será pelo aumento de qualidade de formação médica que a qualidade da assistência médica também se elevará. De outro modo, os cuidados clínicos tenderão para padrões aquém dos exigíveis pela sociedade contemporânea.

O aumento da qualidade de formação médica tem exigências próprias em instalações, recursos humanos, processos e equipamentos. São preços a pagar, naturalmente, elevados, ainda que indispensáveis.

É por via desses encargos que os orçamentos das Faculdades de Medicina dos países industrializados constituem uma “dor-de-cabeça” para os responsáveis universitários, por excederem em muito o das restantes Faculdades. Estamos naturalmente a referir estatísticas de universidades norte-americanas e europeias.

No nosso País, as Faculdades de Medicina recebem orçamentos “escolares”, ou seja com base no número de alunos. Esses orçamentos, que seriam mais consentâneos aos de um “ensino secundário avançado”, não se diferenciam das verbas atribuídas aos restantes tipos de Faculdades. Na realidade,

há diferenças orçamentais muito escassas entre as Faculdades que têm ensino experimental ou tecnológico e as Faculdades que não o têm.

Os orçamentos recebidos, ano após ano, pelas Faculdades de Medicina não contemplam a inovação científica de fundo, não conferem suporte à formação de bibliotecas médicas dignas desse nome e, igualmente, não prevêem que os equipamentos se deterioram, que os edifícios abrem fendas ou que a população estudantil possa ter duplicado.

Por sua vez, o sistema de funcionamento administrativo e a contabilidade das universidades públicas não difere do que vigora para a generalidade das repartições do Estado espalhadas pelo País. A lei da autonomia universitária pouco ou nada contribuiu para a simplificação funcional e a desburocratização do sistema público, por isso fortemente penalizado em termos de competitividade com o que se passa nos estabelecimentos privados de ensino superior.

O estatuto da carreira docente universitária, em vigor desde 1979/80, aguarda correcções urgentes sucessivamente adiadas, entre as quais as que lhe deverão conferir flexibilidade na vinculação e desvinculação contratual.

No caso das Faculdades de Medicina, a ausência de legislação realista tem contribuído para o esvaziamento de capacidades e a sua substituição por uma política de *gestão da crise*. A legislação que foi sendo preparada (e sucessivamente acrescentada, anotada, aumentada, anulada e corrigida) através de despachos conjuntos dos dois ministérios que tutelam a formação médica não solucionou a questão. A repetição desses despachos confirma o seu escasso êxito, de que resultou um progressivo extremar de posições pessoais e institucionais, cultivadas ao longo de dezenas de anos num pântano de indefinições.

E, todavia, o caminho até parecia claro em princípios da década de 50, quando pelo bom senso e visão prospectiva de alguns dos nossos Mestres, a aglutinação das Faculdades de Medicina com um Hospital. Escolar (de Lisboa e Porto) em edifício comum se afigurava a solução racional para uma melhor formação médica.

Cedo porém o sonho cedeu o passo à realidade. Com a legislação de 1954/55, posteriormente agravada entre 1975 e 1977, o conceito de espaço para uma acção pedagógico-científica-assistencial de interesse comum deixou de existir. Desde então, a gestão conjunta do sistema da formação médica perdeu eficácia e profundidade. As Faculdades de Medicina foram desenvolvendo um crescente “complexo de orfandade”, ao sentirem-se virtualmente esquecidas pela tutela da Educação.

A FML tem, neste aspecto, alguma experiência directa. De facto raramente um responsável ministerial da Educação visitou nas últimas décadas a FML, a contrapor às frequentes visitas dos governantes da área da Saúde ao Hospital de Santa Maria.

Por via deste quase abandono, justifica-se que a FML tivesse aguardado quase 40 anos para realizar algumas obras de beneficiação geral, esteja há mais de 10 anos a reclamar a construção de um edifício para as Ciências Fisiológicas, e continue a evidenciar carências flagrantes em equipamentos científicos e meios educacionais, indispensáveis uns e outros para o cumprimento dos seus objectivos.

Não é por se encobrir (ou ignorar) um problema que ele deixa de existir. As exigências dos cidadãos, individualmente e da sociedade em geral, para uma melhor qualidade de assistência médica são fruto de razões concretas. Constituem o *problema* que urge solucionar através de uma melhor assistência médica, possibilitada unicamente por uma melhor formação médica. E esse aumento de qualidade da preparação científica, técnica e cultural do futuro clínico não aparece por artes de magia, por o desejarmos intensamente; requer meios financeiros, requer formadores e equipas educacionais preparadas, requer equipamentos e edifícios modernos. E, mais importante que tudo o resto, requer uma modificação profunda dos conceitos e dos processos de gestão conjunta das unidades de ensino médico.

O Presente e o Futuro

Há motivos concretos para se rejeitar liminarmente o conceito e as condições que vêm sendo impostas às Faculdades de Medicina, na prossecução dos seus objectivos institucionais.

A componente assistencial dos Hospitais com tradição escolar constitui uma missão institucional distinta da formação educacional. Embora a formação médica pós-graduada seja uma realidade em todas as unidades hospitalares, decorre com características e exigências muito diferentes das requeridas pela pré-graduação. Os tempos para ensino, para assimilação de conhecimentos, para aquisição de atitudes e desempenhos básicos, são manifestamente mais demorados, exigem grande disponibilidade dos formadores e requerem meios educacionais próprios, comparativamente à formação pós-graduada.

Com o evoluir da tecnologia médico-cirúrgica, e a par com o agravamento dos custos da Saúde, será cada vez menor o período de internamento dos doentes. Inclusivamente, o perfil do doente internado tenderá para as situações mais críticas, sendo as restantes tratadas em domicílio ou ambulatório. Há razões para prever grandes dificuldades na preparação clínica do futuro médico ainda antes do fim do século.

Nesta perspectiva há que preparar alternativas, reforçando a capacidade educacional das Faculdades de Medicina com meios audiovisuais, simuladores de ensino clínico e outras interfaces tecnológicas disponíveis. Tudo isto

exige recursos financeiros e, sobretudo, formadores treinados e motivados para o ensino pré-graduado. Sem esquecer que o seu número não pode estar fixado no rácio arbitrário que nos foi imposto, e que na realidade *sufoca* as nossas capacidades de ensino eficaz.

A formação clínica dos estudantes de Medicina terá de ser (necessariamente) repartida em três cenários de aprendizagem e actuação, com importância equivalente. Contrastando do ensino em ambiente hospitalar, que é hoje ainda o cenário privilegiado, será essencial que o estudante tenha acesso a situações comuns que recorrem usualmente às consultas externas. Os hospitais são cada vez mais lugares extremos, para tratamento de situações complexas, a resolver no mais curto espaço de tempo possível. O acompanhamento pós-hospitalar desses doentes será concretizado em domicílio, e aqui o aluno deverá completar a sua aprendizagem.

Todavia, para que este tipo de formação clínica pré-graduada tenha sucesso não bastam reflexões nem intenções. Há que promover a criação de estruturas e modelos de gestão que, na sua essência, funcionam com êxito noutros Países.

A roda está efectivamente inventada. Falta apenas assegurar ao poder político de que o sistema da formação médica essencial está aquém do que lhe é exigido, e propor soluções adaptadas à realidade nacional.

Mensagem

É neste quadro de inquietação generalizada que a FML hoje recebe, formalmente, os seus novos alunos e, igualmente, os que agora iniciam o seu curso de Medicina Dentária, frequentando a generalidade das disciplinas e áreas de ensino dos três primeiros anos do curso de Medicina.

A todos, e em nome da FML, cumpre-me dar as boas vindas e desejar-lhes sucesso nos vossos estudos, bem como a concretização das vossas motivações.

Apesar do quadro sombrio que vos foi apresentado, tal não significa que a FML tenha capitulado na luta pelos diversos objectivos.

A FML encontra-se activamente preparando um novo programa curricular e uma renovada estrutura de apoio educacional. O ano lectivo que agora se inicia será o segundo do novo programa curricular, o qual, de acordo com as previsões, abrangerá todo o curso de Medicina no começo do terceiro milénio. Paralelamente com a revisão dos conteúdos e metodologias, está a ser promovida a adaptação de algumas instalações a áreas de auto-aprendizagem e de interacção com modelos de ensino. Haverá que construir rapidamente novos laboratórios para ensino-aprendizagem de gestos e técnicas médico-cirúrgicas. Pólos sectoriais para meios bibliográficos e de auto-aprendizagem de fácil

acesso estão a ser considerados, o primeiro dos quais a ser inaugurado muito brevemente. Prevê-se que a construção do edifício para as Ciências Fisiológicas seja iniciado antes do próximo Verão. Adicionalmente, o Centro de Saúde Escolar da Universidade de Lisboa, sob responsabilidade directa da FML desde o início do corrente ano, será o embrião de um futuro centro de apoio à aprendizagem clínica de docentes em ambulatório.

É nossa convicção de que o futuro da FML e a melhoria do sistema educacional dos seus alunos, nos quais se contam os que este ano estamos aqui a receber, passa pela criação de um novo conceito funcional e estrutural, como Centro Médico Universitário. Nesse complexo, estaria incluída a FML, o Hospital (Escolar) de Santa Maria, um Centro de Saúde, Centros de Investigação Biomédica, a par com outras unidades hospitalares afiliadas e um Instituto de Formação Médica Pós-Graduada e Contínua.

Para os que agora terminam o curso de licenciatura em Medicina permitam-me uma palavra de saudação muito especial. Pela vossa perseverança, pelo trabalho desenvolvido, pelo entusiasmo revelado na procura do saber e na aquisição dos conhecimentos fundamentais para um exercício profissional competente. A FML está convosco sempre que queiram, e convosco conta para sempre.

Finalmente, pela vossa benevolência em escutarem-me, muito agradeço a todos, e termino.

**Sessão Solene de Abertura do
Ano Académico da FML, 1997/98***

Ilustres convidados, Senhores Professores, Senhores Docentes, Senhores Alunos, Senhores Funcionários, de hoje e de ontem,
Senhoras e Senhores,

Que poderei dizer-vos hoje que não tenha já sido afirmado e redito por outros nesta mesma Aula Magna em circunstâncias idênticas, mas com muito mais brilho e veemência dos que estarão ao meu alcance?

Dos problemas que nos preocupam e constroem está tudo esclarecido. Falta passar à acção que, contudo, continua a ser tolhida por um sem-número de obstáculos cuja solução nos ultrapassa institucionalmente, embora, a bem dizer, para tal não se vislumbrem nem justificação nem lógica. Decerto por isso esses obstáculos teimam em persistir, sem que daí resulte mais do que o desgaste de um modelo funcional desactualizado e com sobejas provas de ineficácia.

Nesta mesma sala, em 28 de Outubro de 1985, em ocasião idêntica à de hoje, Pinto Correia acentuava: *“Os desafios que nos põem são tremendos. Precisamos de gente nova, com mentalidades abertas, sem vícios nem preconceitos...em que a entrada para a Comunidade Europeia é apenas uma das razões para essa necessária renovação”*.

Mais adiante recordava: *“Ninguém hoje duvida que o processo de melhorar os serviços assistenciais é introduzir-lhe a dimensão académica...e também ninguém duvida que a educação correcta dos profissionais de saúde,*

* D – In: Revista da FML 1998; Série III, 3 (2): 69-72.

(Discurso como Director da FML na Sessão Solene de Abertura do Ano Académico de 1997-1998, realizada na Aula Magna da FML em 8 de Outubro de 1998, com a presença, entre outras, das seguintes individualidade: S. Excelência o Presidente da República, Reitor da Universidade de Lisboa, Presidente Honorário do Encontro, Bastonário da Ordem dos Médicos, Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Santa Maria, Presidentes da Assembleia de Representantes, Conselho Científico e Pedagógico da FML, Secretária da FML, Presidente da Associação de Estudantes).

nomeadamente os médicos, deve fazer-se pela sua inserção na prestação de cuidados. Só através da vida profissional se educam verdadeiramente os médicos. Parece importante por isso a sua integração. O mesmo se dirá da carreira...nos hospitais universitários”.

A revisão do currículo pré-graduado, o alargamento da prática à comunidade, a redução drástica do número de alunos (em cada Faculdade), a entrada na “Europa”, a organização dos currículos de formação pós-graduada nas diversas áreas (incluindo a formação especializada e a formação contínua), o desenvolvimento da investigação científica (nomeadamente nas disciplinas básicas), eram, entre outros, objectivos que o Professor Pinto Correia, tão cedo desaparecido de entre nós, entendia indispensáveis a curto prazo.

Doze anos volvidos (tantos quantos bastam para licenciar dois cursos completos de novos médicos, dos quais os primeiros serão nesta data respeitáveis especialistas) o que foi efectivamente conseguido, que mudanças substanciais foram concretizadas entre as que eram então urgentes?

Um observador imparcial, mas atento e conhecedor da situação, dificilmente encontraria diferenças entre ontem e hoje, quanto à resolução das questões fundamentais então reclamadas. Assim, os “hospitais universitários” que alguns não se cansam em evocar (uns por acreditarem na sua existência, outros por desejarem que a irrealidade se concretize) não passam de hospitais centrais iguais a quaisquer outros, com idênticos problemas, emergências e limitações, embora com uma diferença essencial: neles decorre também o ensino médico pré-graduado.

Não duvidando de que esses hospitais escolares disponham de óptimas condições para a formação médica pós-graduada, uma coisa é certa: há muito que essas condições não satisfazem as especificidades requeridas para a formação pré-graduada.

Adicionalmente, o alargamento do ensino médico a doentes e a outra população não hospitalizada, há muito advogado como parte essencial na preparação de futuros clínicos pluripotenciais, continua a ser somente uma intenção. Não por faltarem propostas de acção preparadas pelas Faculdades de Medicina e oportunamente apresentadas aos órgãos de tutela.

Inexplicavelmente para nós, membros e responsáveis pelas Faculdades de Medicina, vinculados perante a tutela ao desempenho com lealdade da missão que nos compete e nos foi delegada, somos confrontados por uma situação paradoxal: a formação de médicos é a espinha dorsal do sistema de saúde; essa formação é atribuída a instituições (que são as Faculdades de Medicina) constituídas e pagas pelo Estado; nessas instituições labutam profissionais com dezenas de anos de concursos académicos e inegáveis conhecimentos e experiência (técnica, científica e profissional), no âmbito da edu-

cação médica e da saúde. Todavia, os pareceres dessas instituições e dos seus responsáveis principais quase nunca são ouvidos e, virtualmente, nunca foram atendidos. Em alternativa, continua a fazer carreira a solução de corredor, a inspiração de momento colhida junto de alguém mais conhecido e, muito especialmente, a solução de recurso.

A formação médica que desejamos requer ensino tutelado, formadores preparados e previamente seleccionados entre os profissionais mais competentes, ambiente de trabalho exemplar, meios técnicos adequados à preparação pretendida e, por fim, uma escolha criteriosa dos candidatos a Medicina. Virtualmente nenhum destes requisitos está garantido no presente.

Assim, é com perplexidade que assistimos à fixação de um *rácio* docente/discente para o qual não fomos então ouvidos e continuamos a não ser escutados, apesar das condições de trabalho daí resultantes serem atentatórias da qualidade da formação tutelada que se exige, e do respeito que nos merecem os doentes que se prestam a colaborar no ensino.

Foi com grande perplexidade que esta Faculdade esperou mais de dez anos para que finalmente fosse autorizada pela tutela a construção do seu primeiro módulo, não obstante ter sido recomendado com urgência no princípio da década de 80, e terem decorrido 44 anos desde que a FML foi reinstalada neste edifício hospitalar, sem benefícios logísticos de qualquer espécie, entretanto.

É também com grande perplexidade que se ouve, reeditada e de vários quadrantes com elevadas responsabilidades no assunto, que urge terminar com os *numerus clausus*, por deles depender o reforço dos quadros clínicos depauperados. Não se ouve, em contrapartida, a mínima referência às necessidades específicas das Faculdades de Medicina, nem à respectiva opinião sobre o assunto, nem que seja em cumprimento da dita autonomia universitária que lhes assiste.

Finalmente, multiplicam-se entre nós os protagonistas no âmbito da formação médica, quando esta continua a ser uma área de intervenção natural da Universidade e, especificamente, das Faculdades de Medicina. Ressalvam-se naturalmente daqui a formação em exercício, em particular associada à especialização clínica e profissional.

Perante tão absurda situação global, fruto apenas da descoordenação que teima em persistir, talvez para conveniência de alguns e desacerto continuado de outros, há que juntar forças e pensamentos para objectivos comuns, e que são, fundamentalmente, *uma melhor educação médica para uma melhor assistência médica e um continuado progresso da ciência médica*.

Por todas as razões invocadas, e outras que se subentendem, julgo que não há mais tempo a perder, sem que daí também resulte um legítimo direito à indignação institucional.

Os finalistas que hoje daqui saudamos vão começar a sua actividade num meio em grande mudança, muito diverso do que era há alguns anos atrás. Desejamos-lhes felicidades e que o vosso futuro profissional tenha a concretização que estava nas vossas expectativas. A FML será sempre a vossa Casa, sempre que o queiram e precisem.

Finalmente aos mais novos, que agora iniciam os primeiros passos “*no resto da vossa vida profissional*”, abrimos os braços na recepção calorosa pelo que connosco quiseram partilhar, nas alegrias, e dificuldades da Medicina.

**Sessão Solene de Abertura
do Ano Académico de 1998/99***

Ilustres convidados, Senhores Professores, Senhores Alunos, Senhores Funcionários, Minhas Senhoras e Meus Senhores,

O Encontro que hoje nos reúne nesta Aula Magna da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa assinala o cumprimento de uma tradição que muito prezamos e que nos cumpre evocar com entusiasmo renovado, ano após ano.

Neste Encontro prestamos tributo a um passado com 87 anos de história institucional, substanciado em pessoas e obras cujo mérito muito prestigiou a nossa Faculdade e a Medicina Portuguesa.

Entre muitos distintos professores que já não estão entre nós desejo este ano destacar, em particular, o Professor Juvenal Esteves, distinto clínico, homem de muito saber e experiência, vivida, homem de cultura e professor de muitos dos que hoje aqui se encontram nesta Sala. Em sua memória será hoje descerrada uma efígie junto de pares que o antecederam, numa pequena mas significativa cerimónia, à qual desde já vos convido a assistir.

Neste Encontro queremos realçar e agradecer publicamente o contributo empenhado, a dedicação ilimitada da Professora Maria de Lurdes Levy à causa da sua/nossa Faculdade de Medicina. O nosso agradecimento transmite-se na presente homenagem, em que a Senhora Professora Maria de Lurdes Levy nos honra na qualidade de Presidente Honorária do VI Encontro da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

* D – In: Revista da FML 1999; Série III, 4 (5): 265-269.
(Discurso como Director da FML na Sessão de Abertura do Ano Académico de 1998-1999, realizada na Aula Magna da FML em 8 de Outubro de 1998. Com a presença, entre outras, das seguintes individualidade: Vice-Reitor da Universidade de Lisboa, Bastonário da Ordem dos Médicos, Presidente Honorária do Encontro, Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Santa Maria, Presidentes da Assembleia de Representantes, Conselho Científico e Pedagógico da FML, Secretária da FML, Presidente da Direcção da Associação de Estudantes, Secretário Geral do Encontro).

Neste Encontro agradecemos sensibilizados a todos, pessoas e instituições públicas e privadas que, com o seu valioso apoio, muito contribuíram para o cumprimento da missão pedagógico-científica da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Neste Encontro saudamos com respeito os Colegas e ex-alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa que agora celebram o quinquagésimo aniversário de formatura.

Nesta intimidade colectiva prezamos a presença dos nossos amigos, dos nossos convidados, individuais e representantes de instituições, a que nos unem afinidades de ideias e relações de trabalho.

Neste Encontro agradecemos o esforço e dedicação de todos os nossos membros que neste ano se retiraram, entre professores, investigadores e outros funcionários não docentes.

Neste Encontro, cumprimentamos todos os nossos membros docentes e não docentes que, por concurso ou acções de formação, geraram mais-valias individuais de inestimável apreço e benefício institucional. Nesta saudação incluímos todos os que, estando afiliados a outras instituições, procuraram entre nós a sua valorização pessoal.

Neste Encontro distinguimos também os recém-licenciados que agora iniciaram a sua vida profissional, para a qual se prepararam com o nosso apoio e orientação, e abrimos os braços aos que este ano ingressam na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, para connosco iniciarem o árduo caminho da formação médica. E, com eles presentes, damos início ao Ano Académico de 1998/99.

A abertura do Ano Académico é uma tradição grata e também um ritual, no cumprimento dos quais prezamos a companhia dos que connosco partilham, intra-muros, as alegrias e as tristezas, os êxitos e os malogros que constituem o “sal e a pimenta” na existência de qualquer instituição.

Muito apreciamos, e desejamos, ter connosco nestes dias, a presença de Governantes e de Autoridades Académicas, para connosco partilharem vivências e anseios e, também, quando a ocasião se propicia, escutarem o nosso reconhecimento pelos apoios entretanto concedidos.

A todos que hoje nos deram a satisfação da vossa amizade e presença reitero o nosso reconhecimento.

Todavia, nem sempre os nossos desejos são atendidos. E, se há omissões fortuitas ou irrelevantes, outras há que, por serem frequentes, deixam um aberto “silêncio de pedra”. As tradições não se criam, cultivam-se. A congregação de uma dada comunidade em determinado local e ocasião é o resultado natural da identificação de cada indivíduo com determinada ideia ou comportamento. Os objectivos dessas reuniões serão atingidos se, e quando, os membros que nelas participam os identificarem como seus e sentirem que contribuem para a respectiva concretização.

A força das instituições de vanguarda resulta da projecção das convicções e conceitos visionários. À cultura do trabalho em equipa, potenciadora de resultados para objectivos comuns, opõe-se com demasiada frequência, a contra-cultura do egoísmo e da ausência de solidariedade institucional, entre outros males que confirmam a fraqueza da natureza humana.

Não havendo incentivos nem mecanismos reguladores é inevitável que a contra-cultura acabará, mais cedo ou mais tarde, por desfazer conceitos ou projectos institucionais, embora daí ainda subsistam algumas ilhotas funcionais, alienadas numa matriz desadaptada. É natural, nestas condições, a perda de identificação cultural, transformando-se as instituições em espaços de trânsito *etérico* para uma situação profissional com rendimento inicial garantido. A qualidade do produto final não será, jamais nessas circunstâncias, a principal preocupação de um sistema burocratizado e desprovido de mecanismos reguladores.

Embora a realidade não passe, segundo parece, de interpretações dos nossos sentidos e, por isso, as coisas possam ter o valor que lhes quisermos atribuir, haverá um dia em que será preciso “separar as águas”, fazer opções, traçar finalidades para cumprir e, por elas, conceber modelos lógicos de funcionamento.

Infelizmente, as possibilidades de escolha continuam longe do alcance das instituições públicas, quaisquer que elas sejam, embora no caso vertente nos preocupe as limitações que constroem as instituições com acção no ensino médico.

Incapacidades de escolha que se traduzem também, e essencialmente, na falta de poder institucional para assumir com responsabilidade a respectiva missão. Continuamos a não seleccionar os nossos alunos entre as muitas centenas de candidatos que pretendem aprender a serem médicos na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Igualmente continuamos sem meios nem capacidades para impedir que uma “mão-cheia” de outros candidatos sem qualificações atendíveis ultrapassem, por via administrativa, a barreira que destrói as perspectivas de muitos outros, entretanto preteridos.

Não podemos também impedir que, através de subterfúgios legais, haja alunos em anos avançados de outros cursos que venham a ingressar em Medicina quase a um nível escolar equivalente, após se recandidatarem ao ensino superior e serem aprovados.

Por outro lado, continuamos sem meios nem mecanismos que nos permitam contratar com flexibilidade os docentes que julgamos necessários e com qualidades para o sistema de ensino que defendemos, e desvincular os que não evidenciam aqueles requisitos. A ausência da capacidade de opção, que se traduz na referida falta de poder directivo, estende-se à contratação de outro pessoal (seja investigador, técnico ou administrativo) com perfil adequado à funcionalidade e aos objectivos institucionais estabelecidos.

Ipsa facto, o financiamento pelo orçamento do Estado é orientado exclusivamente para o ensino. A admissão de todo o pessoal continua circunscrita a valores-padrão pré-definidos à revelia do parecer das Faculdades de Medicina, tomando como referência somente o número de alunos inscritos e deixando de fora as restantes vertentes essenciais que consubstanciam a Universidade.

Enquanto se mantiver suspensa a abertura de vagas para o quadro não docente, a admissão de pessoal para as instituições do ensino médico continuará a depender dos contingentes pré-existentes nos quadros do funcionalismo público, a maioria dos quais se encontra no grupo etário dos cinquenta anos e circula de instituição em instituição movido pela dinâmica dos concursos de acesso na carreira.

A ausência de poder influente, no seio da autonomia universitária que se desejaria, continua a inviabilizar modelos de formação médica abertos às necessidades e visando objectivos institucionais. Esses modelos existem em múltiplos países, com sucesso aparente, pelo que se verifica através da qualidade do seu ensino, excelência de investigação e qualidade assistencial de referência.

Estou em crer que vivemos numa encruzilhada efervescente de estratégias distintas para objectivos com similitude relativa.

Todas as situações de mudança aumentam a intranquilidade colectiva. É natural que assim suceda; sempre assim foi e continuará a suceder. Porém, a incerteza faz parte do nosso mecanismo de evolução biológica. É de incerteza em incerteza, a testar passo a passo, a compreender completamente nas diversas intenções e objectivos, que se conseguirá o equilíbrio dinâmico possível e uma escolha decerto mais avançada do que a actual. O refúgio em projectos já datados que, com demasiada frequência, ainda tenta alguns entre nós, significa somente insegurança e alguma incapacidade de acompanhamento do que entretanto está a alterar-se na Sociedade.

Por essa razão, o modelo da formação médica que se afigura adequado para os clínicos que estarão em actividade plena somente na próxima década não poderá manter-se igual ao que frutificou na primeira década deste século. As perspectivas sociais, os interesses individuais, as tecnologias e o conhecimento evoluíram, avançaram, modificaram-se. Sobretudo, aumentou a eficiência de trabalho e a eficácia do produto final, sendo este cada vez mais sujeito a escrutínio.

O ensino médico terá que adaptar-se às realidades científicas, tecnológicas e socioeconómicas. Estas adaptações traduzem-se na indispensabilidade da escolha de outros modelos de gestão e funcionamento, de pessoas certas para trabalhos específicos, de mecanismos que possibilitam articulações sem falha entre partes complementares, de adaptações a objectivos concretos, de responsabilidades atribuídas e verificadas, enfim de uma moderniza-

ção que tende a ser continuamente adiada e a afastar-nos das outras, entretanto, conseguidas em grandes centros internacionais.

A Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, corporalizando o sentir e a dinâmica de todos os que a constituem, deverá entender esta modernização como um objectivo vital da missão que lhe compete.

Que este Encontro, que celebra uma maior aproximação da Faculdade de Medicina com instituições da área da Saúde, designadamente com o Hospital de Santa Maria, marque também o início da modernização no posicionamento recíproco e nos processos de articulação inter-institucional.

Agradecimento*

A Faculdade de Medicina de Lisboa presta homenagem e agradece a todos os membros das instituições abaixo referenciadas que, a título gracioso, têm colaborado na formação médica desde 1994/1995, e pela sua qualidade têm sido a garantia da excelência dos novos médicos licenciados pela nossa Faculdade, em ambiente de centro Académico Universitário

Prof. Doutor J. Martins e Silva
Director da Faculdade de Medicina de Lisboa

1º ANO**INSTITUIÇÕES DIVERSIFICADAS**

Acreditar – Associação de Pais e Amigos das Crianças com Cancro, Ajuda de Berço, APARECE – Associação de Acolhimento a Adolescentes, APEDV – Associação Promotora da Emprego para Deficientes Visuais, APPT21 – Associação Portuguesa de Portadores de Trissomia 21, ASAS – Associação do Serviço de Apoio Social (SCML), Associação Cultural “Moinho da Juventude”, Associação de Ajuda ao Recém-nascido (Maternidade Alfredo da Costa), Associação de Beneficência “Casas de S. Vicente Paulo”, Associação Novo Futuro, Associação para o Planeamento Familiar, Associação SOL – Apoio a Crianças Infectadas pelo VIH e suas Famílias, CADIN – Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil, Casa dos Rapazes, CECB – Centro de Educação para o Cidadão Deficiente, Centro Comunitário da Paróquia de Carcavelos, Centro Comunitário de Telheiras, Centro de Acolhimento Infantil Nossa Senhora da Conceição (SCML), Centro de Acolhimento Infantil S. José (SCML), Centro de Acolhimento Infantil Santa Catarina (SCML), Centro de Acolhimento Infantil Santa Joana (SCML), Centro de Apoio a Deficientes Visuais, Centro de Apoio Familiar do Bairro Alto (SCML), Centro de Saúde da Lapa – Centro de Aconselhamento DROP-IN,

* In: Diário Notícias 30/Abril/2005, p. 11, Publicidade, Expresso 30/Abril/2005.

centro de Saúde de Benfica – Carnide (Projectos de Intervenção Social), Centro de Saúde de Cascais (Projectos “Vida em Movimento” e “Cuidados Continuados”), Centro de Saúde de Marvila (Apoio Domiciliário), Centro de Saúde de Sacavém (Projecto de Intervenção Social da Quinta da Vitória), Centro Helen Keller, Centro Nuno Belmar da Costa – Núcleo Regional Sul da Associação Portuguesa Paralisia Cerebral, Centro Polivalente S. Cristóvão e S. Lourenço (SCML), Centro Social e Paroquial da Pena, Centro Social e Paroquial de São Vicente Paulo, Centro Social e Paroquial Dr. Francisco Sá Carneiro, CERIC Lisboa – Centro Educacional / Ocupacional dos Olivais, CERCICA – Cooperativa para Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais, CIDEF – Centro de Inovação para Deficientes, CNRE – Apoio à Comunidade Angolana na Musgueira, Colégio Beiral, Colégio Navarro da Paiva, Conferências Vicentinas de St^o António, Cooperativas S. Pedro / Barcarena (Educação Reabilitação de Cidadãos com Deficiência, CRL), Creche Santos o Velho, Estabelecimento Prisional de Lisboa, Estabelecimento Prisional de Tires, Fundação Raquel e Martin Sain, Grupo de Moradores e Promotores da “Quinta do Mocho”, Hospital de Santa Maria (nas especialidades de Cirurgia, medicina e Pediatria), Infantário “Chantal Terron” (Cruz Vermelha Portuguesa), Infantário “O Nosso Jardim”, Infantário “O Papas”, Instituto António Feliciano de Castilho, Instituto Pestalozzi, Liga Portuguesa de Deficientes Motores – Centro de Recurso Sociais, Mansão de Santa Maria de Marvila (Fundação D. Pedro IV – SPSS), Obra Social Paulo VI (Colégio St^a. Doroteia).

CENTROS DE SAÚDE

ARS – Lisboa e Vale do Tejo:

Distrito de Lisboa:

Ajuda, Alcabideche, Algueirão – Mem Martins, Alhandra – Alverca, Alvalade – Sede, Amadora, Arruda dos Vinhos – Arranho, Benfica – Carnide, Benfica – Sede, Cacém – Mira Sintra, Cacém – Olival, Cacém – Rio de Mouro, Casal Cambra, Cascais – Alvide, Cascais – Estoril, Cascais – Sede, Forte da Casa, Loures – Sede, Mafra, Marvila, Odivelas – Sede, Oeiras – Barcarena, Oeiras – Sede, Parede, Pontinha – Famões, Póvoa Santa Iria – Vialonga, Póvoa St^a Iria – Sede, Queluz – Sede, Reboleira – Damaia, Sacavém – Bobadela, Sacavém – Moscavide, Sacavém – St^a Iria de Azóia, Sacavém – S. João da Talha, Sacavém – Sede, Sintra – Sede, Torres Vedras.

Distrito de Setúbal:

Costa da Caparica – Monte Caparica, Almada – Pragal, Almada – Rainha D. Leonor, Almada – Unid. Francisco X. Noronha.

CENTROS DE INVESTIGAÇÃO**Centros de Estudo:**

Anatomia Patológica, Cardiologia, Doenças Infecciosas, Egas Moniz, Farmacologia Experimental (suspensão em 2004), Hematologia e Imunologia (suspensão em 2004), Otorrinolaringologia.

“Instituto de Medicina Molecular”***Centros Integrados:***

Biologia e Patologia Molecular, Gastrenterologia, Microcirculação e Biopatologia Vasculiar.

Unidades Constituintes:

Biologia Celular, Biologia da Hematopoiese, Biopatologia Vasculiar, Imunologia Clínica, Microbiologia e Infecção, Neurociências e Fisiopatologia, Patogénese Viral, Sistemas Nervoso Autónomo

2º ANO**INSTITUIÇÃO UNIVERSITÁRIA**

Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa

Departamento de Estudos Anglísticos, Estudos Clássicos

3º ANO**INSTITUIÇÕES HOSPITALARES****Hospital da Força Aérea**

Área Clínica, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Medicina Interna

Hospital da Marinha

Áreas Clínicas: Medicina Interna, Pneumologia

Hospital de Santa Cruz

Áreas Clínicas, Cirurgia, Medicina Interna e Nefrologia

Hospital de Santa Maria

Áreas Clínicas: Cardiologia, Cirurgia, Cirurgia Vascular, Medicina

Hospital Fernando da Fonseca

Áreas Clínicas: Cardiologia, Cirurgia, Gastrenterologia, Medicina Interna, Pediatria, Pneumologia

Hospital Garcia da Orta

Áreas Clínicas: Cardiologia, Cirurgia, Cirurgia Vascular, Hematologia, Medicina, Oncologia

Hospital Nossa Senhora do Rosário

Áreas Clínicas: Cirurgia, Medicina

INSTITUIÇÃO UNIVERSITÁRIA

Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa
Departamento de Filosofia, Linguística

4º ANO**INSTITUIÇÕES HOSPITALARES****Hospital de Santa Maria:**

Áreas Clínicas: Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Doenças Infecciosas, Hematologia, Medicina Interna, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Radiologia

Hospital de São José:

Área Clínica: Medicina

Hospital do Desterro:

Área Clínica: Cirurgia

Hospital Fernando da Fonseca:

Áreas Clínicas: Cardiologia, Cirurgia, Medicina, Pediatria

Hospital Garcia da Orta:

Áreas Clínicas: Cardiologia, Cirurgia

5º ANO**Hospital de Medicina Legal:**

Área Clínica: Medicina Legal

Hospital de Santa Maria:

Áreas Clínicas: Anestesiologia e Reanimação, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Vasculuar, Endocrinologia, Gastrenterologia, Hematologia Clínica, Imunologia Clínica, Infecçciologia, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Interna, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurorradiologia, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Radiologia, Reumatologia, Urologia

Hospital de Santa Marta:

Área Clínica: Cirurgia Cardiotorácica

6º ANO**INSTITUIÇÕES HOSPITALARES****Centro Hospitalar de Cascais:**

Áreas Clínicas: Obstetrícia e Ginecologia, Pediatria

Hospital de Curry Cabral:

Área Clínica: Medicina

Hospital de Santa Cruz:

Áreas Clínicas: Cirurgia, Medicina

Hospital de Santa Maria:

Áreas Clínicas: Anestesiologia e Reanimação, Cardiologia, Cirurgia, Cirurgia Cardiotorácica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vasculuar, Dermatologia, Doenças Infeciosas, Estomatologia, Fisiatria e Reabilitação, Gastrenterologia, Imuno-Alergologia, Imunologia Clínica, Imuno-Hemoterapia, Medicina, Medicina Laboratorial, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Neurorradiologia, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia, Oncologia e Hematologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Radiologia, Reumatologia, Urologia

Hospital de Santa Marta:

Áreas Clínicas: Anestesiologia, Angiologia e Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Cardiotorácica, Fisiatria e Reabilitação, Medicina, Patologia Clínica, Pneumologia, Radiologia

Hospital de São Bernardo:

Área Clínica: Pediatria

Hospital de São José:

Área Clínica: Medicina

Hospital Dona Estefânia:

Áreas Clínicas: Cardiologia, Cirurgia, Gastrenterologia, Medicina, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Urologia

Hospital Garcia da Orta:

Áreas Clínicas: Cardiologia, Cirurgia, Cirurgia Vascular, Endocrinologia, Gastrenterologia, Infecçiology, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Obstetrícia e Ginecologia, Pediatria, Pneumologia, Reumatologia

Hospital Júlio de Matos:

Área Clínica: Saúde Mental

Hospital Nossa Senhora do Rosário:

Áreas Clínicas: Obstetrícia e Ginecologia, Pediatria

Hospital Dr. Alfredo da Costa:

Áreas Clínicas: Obstetrícia e Ginecologia

CENTROS DE SAÚDE**ARS – Norte****Distrito do Porto:**

Brás – Oleiro*, Vila do Conde*

Distrito de Viana do Castelo

Viana do Castelo*

ARS – Centro:

Distrito de Leiria:

Caldas da Rainha*

Distrito de Portalegre:

Elas, Ponte de Sôr, Portalegre

ARS – Algarve:

Distrito de Faro:

Faro, Lagoa, Olhão*, São Brás de Alportel*, Vila do Bispo*, Vila Real de Santo António

Região Autónoma dos Açores:

Ilha das Flores

Santa Cruz das Flores

Ilha de Santa Maria:

Vila do Porto

Ilha de São Jorge:

Calheta, Velas

Ilha de São Miguel:

Vila Franca do Campo, Nordeste, Ponta Delgada, Povoação, Ribeira Grande

Ilha do Faial:

Lajes do Pico, Madalena, São Roque do Pico

Ilha Terceira:

Angra do Heroísmo, Praia da Vitória

Região Autónoma da Madeira

Ilha da Madeira:

Bom Jesus

* Centros de Saúde referenciados por contactos directos dos alunos

VII – PERSPECTIVAS E PREVISÕES

**Looking to the Future with
the Humanistic Values of the Past***

Dear Participants, Dear Colleagues, Ladies and Gentlemen,

My first word is to welcome all the members in the audience we have the honour to receive today and the next days in the University of Lisbon.

I thank the President and members of the AMEE Executive Committee, again as well as the representatives from all national committees for the confidence granted to our Faculty in the organisation of this Conference.

Medical education is today a multidiverse subject distributed by large chapters, each one dedicated to a specific problem related to the preparation of the future clinician, or to the participation on the continuous professional development of senior doctors.

The development of each topic along with the progress of new technologies, also applied to medical formation along with the immense numbers of specific contributions, are inducing significant modification in the process.

Furthermore, each day our world is different from the day before. That includes the field of professional activity in a new society, with different socio-economic demands, new pathologic etiologies, and multiple unexpected situations.

* DP – In: Rev. FML 2002; Série III, 7(5):205-206.

(Discurso de Abertura da AMEE Conference 2002: Opening Ceremony. Welcome from the Dean of the Faculty of Medicine of Lisbon, "Aula Magna" University of Lisbon, August 29, 2002. Individualities and special guests: His Excellency the President of Portuguese Republic, His Excellency, The Minister of Health, Rector Magnificus of the University of Lisbon, President of Association of Medical Education in Europe, General Secretary of the Association of Medical Education in Europe, President of the Portuguese Academy of Medicine, President of Portuguese Medical Association, Mayor of Lisbon, Presidents of the Lisbon Society of Medical Sciences, Portuguese Society of Medical Education, Portuguese Association of Medical Students, Deans and Academic authorities of Faculties of Medicine from all countries represented).

A doctor in the future will certainly be very different from a doctor in the past. The problem is that no one knows how different he will be and how the medical schools will be able to prepare such a future. We may guess, we may look forward to uncover a piece of the unknown.

Perhaps we may keep trying to adapt the *curricula* to the academic background of the first year's students or, more consistently, to new scientific paradigms or clinical demands.

The introduction to new technologies, although balanced between the need to innovate pedagogic processes, to mass teaching or to reduce distances through *e-learning* strategies, is another indispensable reality to be strengthened in the days to come.

The use of simulators to reinforce technical skills, or under constrained situations to replace clinical practising procedures, might be pedagogic benefits to be intensively explored.

The educational experiences obtained by problem based learning, and the expected positive role for a better preparation of doctors in face of the multiplicity of new biological challenges and new therapeutic tools now available, are linked realities to be discussed and improved.

Much more is being done in medical education, although most of the contributions are more oriented to today's urgent problems than to large changes foreseen in the next decades.

In those days will doctors still be guided by values of the humanism and the art of Medicine, patient-oriented rather than disease-oriented? Or, will Medicine be decisively likely modified to a special branch of economic oriented services, requiring specialised and competent personnel to analyse, to treat, to substitute or to remove pieces from the patients as a suitable and profitable way to enterprises exploring the field?

Whatever is the future of Medicine between those extremes, mankind will require, for the time being, doctors with skills and training to listen and treat patients with humanity and the highest competence. It is apparent that the problem requires adaptations in medical education, according to social circumstances and events, however maintaining the fundamental professional values. Therefore, it is a matter of basic prudence to carry on step by step the required modifications and improvements.

A permanent and careful foresight concerning living conditions for the next decades is fundamental in order to maintain humanistic values of Medicine as the vital substance of professional competence. In such a perspective, to make Medicine possible and useful in an uncertain future, medical education should anticipate new social sceneries, strictly different circumstances of human living, and complementary learning in multiprofessional directions.

Meetings like AMEE Conferences series are part of the answers given by the medical educators to daily worries in the art of teaching and learning.

Those meetings are appropriate places to submit to peer judgement of individual and group pedagogical proposals, observations and results, representing more and more opportunities to “look the sky” in search of new realities and new paradigms of Medicine. That has been the way persistently followed by medical educators, year after year.

Previous to most of us, Professor Ronald Harden had the perception of coming modifications, as well as the new educational requirements in Medicine.

Each participant of this Conference, and many more people around the world, knows deeply the very meritorious work developed by Professor Harden on medical education the proponent of new concepts, the leader of new educational routes, the organiser of a top journal on medical education, the promoter of educational meetings to people working in Medicine.

The AMEE Conference in Lisbon is also celebrating the thirty years of Professor Harden as secretary general. In this opportunity I have the honour to express the respect of our medical school and my own to Professor Harden, for the great work he has done as far as medical education. Furthermore, I would take the privilege to propose that the conclusions of this Conference are dedicated to Professor Harden, by acclamation.

Finally, we address our gratitude to the sponsors of the Conference and to the Rectory and the Faculty of Sciences, where the sessions are taking place.

To conclude, let me wish to all of you the most fruitful work and a very nice stay in Lisbon.

Adaptação à Medicina do Futuro Realidades e Perspectivas a Propósito da Revisão Curricular e Outras Modificações Associadas*

Preâmbulo

Nas últimas cinco décadas verificou-se, praticamente em todo o mundo, uma grande melhoria do estado de saúde humana, com redução significativa dos índices de mortalidade e aumento da longevidade. Em grande parte aquelas modificações resultaram do franco desenvolvimento científico e tecnológico alcançado no domínio da Biomedicina e da Medicina, a par com a expansão de infra-estruturas, progresso económico e de uma opinião pública mais esclarecida¹. Aquele progresso não evitou, porém, as novas doenças emergentes, a reactivação de outras que se consideravam extintas, bem como aquelas que estão associadas à modificação global do ambiente em que decorre a via humana, traduzida por acentuadas modificações climáticas e uma poluição crescente que, actualmente, regista níveis alarmantes, particularmente em meio urbano². Por exemplo, foi constatado por estudos multicên-

*D – Relatório pessoal, Maio 2005.

¹ “The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life”. Geneva, World Health Organization, 2002; McMichael A J, Campbell-Lendrum D, Kovats S, Edwards S, Wilkinson P, Wilson T, Nicholls R, Hales S, Tanser F, Le Sueur D, Schlesinger M, Andronovaba N-Global Climate Change. In: “Comparative Quantification of Health Risks, Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors”, Ezzati M, Lopez A, Rodgers A et al., Geneva: World Health Organization, 2004, pp. 1543-1650.

² Atkinson RW, Anderson HR, Sunyer J, Ayres J, Baccini M, Vonk JM, Boumghar A, Forastiere F, Forsberg B, Touloumi G, Schwartz J, Katsouyanni K-Acute effects of particulate air pollution on respiratory admissions: results from APHEA 2 project. *Air Pollution and Health: a European Approach*. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001; 164:1860-1866; Sunyer J, Ballester F, Tertre AL, Atkinson R, Ayres JG, Forastiere F, Forsberg B, Vonk JM, Bisanti L, Tenías JM, Medina S, Schwartz J, Katsouyanni K – The association of daily sulfur dioxide air pollution levels with hospital admissions for cardiovascular diseases in Europe (The Aphea-II study). *Eur Heart J* 2003; 24: 752-760.

tricos realizados em cidades de diferentes países europeus que uma fracção elevada de admissões hospitalares é devida a doenças respiratórias ou cardiovasculares agudas, por sua vez associadas à excessiva concentração de poluentes atmosféricos.³ Não surpreenderá que a situação tenda a agravar-se exponencialmente, à medida que aumentam, em número e população, as “mega metrópoles” espalhadas pelos cinco continentes.

Em contrapartida, vastas regiões do mundo não industrializado continuam a ser predominantemente afectadas por doenças comunicáveis, embora já apresentem alguma tendência para as situações patológicas não-comunicáveis. Porém, os problemas de saúde pública deixaram de estar acantonados em regiões restritas para serem cada vez mais assuntos globais. É o caso das doenças infecto-contagiosas, que não param nas fronteiras dos locais afectados, viajam (por terra, ar ou mar) até locais distantes através dos seus portadores, sejam estes imigrantes ou simples turistas. As alterações demográficas que favorecem a concentração populacional em cidades, a tendência para a redução da fertilidade e aumento médio da longevidade humana são, igualmente, problemas globais que exigem vigilância activa por parte da saúde pública de cada país. Adicionalmente é necessário investir na educação e treino médico, na investigação e no desenvolvimento tecnológico de forma a enfrentar com êxito aqueles problemas globais. Por idênticos motivos também as instituições médicas têm de se organizar numa perspectiva global, estabelecendo parcerias nacionais e internacionais que potenciem a sua missão e os novos desafios.

Além de serem prioridades cada vez mais globais, os problemas de saúde são igualmente oportunidades para cooperação interinstitucional activa, visando um mais e melhor conhecimento e controlo daquelas doenças, quer pela sua prevenção quer pelo tratamento e ou erradicação.

No momento em que o progresso e os benefícios por este gerados coexistem com situações problemáticas, é indispensável que o aprofundamento do conhecimento biomédico e médico prossiga, conduzindo a modificações profundas no diagnóstico e na terapêutica das doenças humanas, junto com uma atitude mais realista e uma melhor actuação na prática clínica. Esta deixou de ser orientada somente para o indivíduo em presença, abrangendo quando necessário a análise dos seus órgãos, células, genoma, ou, no sentido inverso, agregado familiar e comunidade em que reside.

Haverá que estabelecer prioridades de actuação, atendendo por um lado às expectativas do público e, por outro, ter em atenção os recursos disponí-

³ Van Weel C, Rosser WW – Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann Fam Med.* 2004; 2 (Suppl 2): S5-16; Olsson S, Lymberis A, Whitehouse D-European Commission activities in eHealth. *Int J Circumpolar Health.* 2004; 63:310-316.

veis para as acções a desenvolver. A dependência crescente das populações por um sistema de cuidados médicos em que confie, com segurança, a sua saúde e bem-estar resulta, em parte, de um aumento da morbilidade associada à maior longevidade humana. Num estudo recente (disponibilidade do sistema de prestação dos cuidados específicos) constituía a preocupação primordial de cerca de metade da população Portuguesa, mais do que as pensões de reforma. Cerca de 1/3 da amostra populacional estava realizado no nosso país⁴, ficou claro que a saúde (direitos, situação e afectada, pelo menos, por uma patologia crónica que, com frequência, provocava limitações nos desempenhos comuns e justificava que cerca de metade das pessoas inquiridas utilizasse o centro de saúde e a urgência hospitalar no mínimo uma vez por ano. Entretanto, mais de 3/4 dos inquiridos valorizava a importância e afirmava-se cumpridora de “uma vida saudável”, ainda que a prevenção activa se quedasse pelos 35%. Esta contradição aparente evidenciaria a falta de esclarecimento efectivo do significado das medidas preventivas para uma boa saúde, que caberia ao Ministério da Saúde e serviços dependentes, que baseiam a sua actuação num modelo “curativo” orientado quase exclusivamente para estados de doença aguda, e ignora, ou quase, a prevenção e a promoção da saúde⁵. Este posicionamento, que acaba por influenciar prioridades do ensino médico, perpetuando um modelo de actuação deficiente, está claramente em contradição com o conhecimento actual. De facto, um estudo recente da Robert Wood Johnson Foundation sugere que mais de 1/2 dos factores determinantes da saúde dependem dos estilos de vida⁶.

Entretanto, em particular nas duas últimas décadas, está a assistir-se a um crescente interesse (de algum) público pelas questões da saúde e pelos possíveis benefícios da investigação em doenças humanas com um longo historial de sofrimento e mortalidade⁷. Essa atitude, em parte estimulada pela

⁴ Vilaverde Cabral M, Alcântara da Silva P, Medes H – “Saúde e Doença em Portugal”, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2002. Cerca de 1/3 da amostra populacional estava afectada, pelo menos, por uma afecção crónica que, com frequência, provocava limitações nos desempenhos comuns e justificava que cerca de metade das pessoas inquiridas utilizasse o centro de saúde e a urgência hospitalar no mínimo uma vez por ano. Entretanto, mais de 3/4 dos inquiridos valorizava a importância e afirmava-se cumpridora de “uma vida saudável”, ainda que a prevenção activa se quedasse pelos 35%. Esta contradição aparente evidenciaria a falta de esclarecimento efectivo do significado das medidas preventivas para uma boa saúde, dando razão a um estudo recente de Robert Wood Johnson Foundation em que sugere que mais de 1/2 dos factores determinantes da saúde dependem dos estilos de vida.

⁵ Calheiros JM – A educação médica e a sua responsabilidade social, in: Problemas e Propostas para o Sistema de Saúde”, Debates da Presidência da República, Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 1999, pp. 145-162.

⁶ “Institute for the Future – “Health & Health Care, 2010, the Forecast, the Future, the Challenge”, 1st ed, San Francisco: Jossey-Bass, 2000, pp. 6-8.

⁷ Ham C, Alberti KG – The medical profession, the public, and the government. *Br Med J* 2002;324:838-842.

atenção que a *media* vem dando aos assuntos da saúde, tem sido reforçada pelo acesso livre e quase ilimitado que Internet disponibiliza sobre virtualmente todos os assuntos e tipos de informação médica e científica. É portanto natural o aumento das expectativas dos doentes e seus familiares quanto à melhoria do serviço de saúde público e maior capacidade de intervenção médica. Aquele tipo de interesse tem estado na origem de associações representativas de doentes, com objectivos que variam entre a solidariedade activa ou a actuação litigiosa sobre os serviços e profissionais de saúde. As propostas mais recentes de o médico partilhar as decisões de intervenção clínica com o doente ou o seu representante, bem como a responsabilização do doente pelo cuidado que tem com a sua própria saúde ou tratamentos exemplificam situações que estão a afectar o tipo de relação médico-doente que vigorava ainda há poucos anos atrás.

A par da maior pressão sobre os desempenhos médicos, também ocorre uma progressiva limitação da autonomia da actividade clínica⁸, quer por esta ser cada vez menos realizada isoladamente e mais em regime de associações médicas, ou devido a um mais apertado controlo na gestão estatal e dependência de condicionalismos financeiros e políticos, ou por, em alternativa ao serviço público e ao consultório individualizado, haver uma franca expansão na oferta de cuidados clínicos e afins, diversificados e de assinalável qualidade, por entidades privadas que recrutam para a prestação daqueles serviços os médicos que pretendem.

O conjunto das alterações anteriores, e as que se antevêm no domínio biopsicossocial, na economia e na gestão de recursos, nas técnicas de comunicação e informação, constituem desafios e também oportunidades de mudança, quer educacionais quer de intervenção, que impendem sobre as universidades e organismos responsáveis pela prestação de cuidados de saúde médica.

A resposta comum das escolas médicas poderá não estar ainda ajustada às solicitações exteriores, não obstante o esforço desenvolvido⁹. A ênfase da educação médica nos últimos 40 anos evoluiu progressivamente dos conteúdos para as metodologias de ensino e aprendizagem, até à posição mais recente que é a de privilegiar os resultados educacionais, a preparação para a prestação de cuidados primários e o nível de competências nucleares a serem demonstradas por todos os recém diplomados¹⁰. Em grande parte a resposta actual não difere dos programas anteriores. Sabe-se que o cenário de actuação clínica será

⁸ Hampton JR – The end of clinical freedom. Br Med J 1983; 287:1237-1238.

⁹ Jamshidi HR, Cook DA – Some thoughts on medical education in the twenty-first century. Med Teach. 2003; 25:229-238.

¹⁰ Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C – Shifting paradigms: from Flexner to competencies. Acad Med. 2002; 77:361-367.

cada vez mais em unidades extra-hospitalares em ambulatório, e haverá um número decrescente de hospitalizações reservadas para situações e períodos críticos de doença¹¹. Na verdade, ainda não estará interiorizado suficientemente o que virá a ser o perfil e a forma de actuação do médico de amanhã, decerto muito diferentes do clínico paternalista e do sacerdócio profissional que o caracterizavam até quase finais do século passado.

As preocupações pela actualização e aumento das competências profissionais têm conduzido a uma particular atenção pela formação pós-graduada e contínua, dada a importância em assegurar três a quatro décadas de actividade profissional cada vez mais exigente e, por isso, também requerendo novos processos de aprendizagem¹².

O sentido da evolução científica e tecnológica não oferece dúvidas senão na definição dos domínios de acção a incentivar por um constante refinamento dos processos técnicos, em interacção multidisciplinar crescente e na tendência para o esclarecimento do infinitamente pequeno e especializado, para daí alcançar aplicações clínicas concretas da Biomedicina. Os custos financeiros em que acarreta a aplicação dos novos produtos de investigação em técnicas de diagnóstico e tratamentos decisivos são enormes e, por isso, constituem uma das causas para as actuais dificuldades financeiras dos sistemas de saúde¹³. Em 2003, nos países que integram a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), os gastos com a saúde (cuidados hospitalares e ambulatórios, consumos farmacêuticos e outros serviços) atingiram a média de 8,6% do PIB (produto Interno bruto), valor este superior aos 7,1 de 1990 e bastante mais que os 5% de 1970; metade do total de despesas registadas em 2003 na OCDE pertencera aos Estados Unidos, correspondendo a 15% do PIB¹⁴.

A investigação em saúde é um imperativo irrecusável, ainda que o seu custo tenda a crescer para valores inimagináveis no momento em que a terapia génica e a substituição de tecidos e órgãos forem uma prática rotineira. Contudo, para que os novos conhecimentos, equipamentos e tecnologias sejam entendidos e venham a ter aplicação é indispensável ensinar e treinar os actuais e futuros médicos a utilizá-los. Por conseguinte, a adaptação da formação médica aquela evolução previsível, quer no conhecimento especí-

¹¹ Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM – The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med.* 2001; 344:2021-2025.

¹² Armstrong E, Parsa-Parsi R – How can physicians' learning styles drive educational planning? *Acad Med.* 2005; 80:680-684.

¹³ Callahan D – “What price Better Research?”, Berkeley: University of California Press, 2003.

¹⁴ OECD Health Data 2005 (Organization for Economic Cooperation and Development, Health Data) <http://www.oecd.org/dataoecd/44/38/34957431.pdf>.

fico quer nos seus custos e limitações, constitui um grande mas indispensável desafio a enfrentar pelas escolas médicas num futuro muito próximo.

Além de conhecimentos factuais e técnicos inerentes, cabe à educação médica desenvolver atitudes e valores afins ao exercício profissional competente. Não é possível nem legítimo concluir-se que os estudantes que optam pelo curso de Medicina sejam detentores, implicitamente, de um conjunto de qualidades e capacidades humanistas expectáveis nos médicos. Por conseguinte, a selecção ponderada dos futuros alunos é uma parte indissociável da formação de profissionais motivados. Adicionalmente, requer-se que o processo educacional confira não apenas competência técnica e ainda prepare os futuros médico a lidar com um diversificado e instável conjunto de circunstâncias inerentes à condição humana e à sociedade, a merecer a confiança dos doentes e a ser honesto em todas as suas intervenções profissionais¹⁵. É de registar que uma larga maioria da população Portuguesa depositava a maior confiança dos médicos hospitalares e dos centros de saúde e manifestava-se muita satisfeita com os cuidados recebidos. Por conseguinte, é fundamental que aqueles níveis de agrado continuem a ser assegurados pelas escolas médicas nacionais.

Não basta às escolas médicas afirmarem que estão a fazer o melhor possível para formar bons médicos; a melhoria dos conteúdos e da qualidade geral do currículo médico também não parece ser suficiente para assegurar a formação de clínicos excelentes¹⁶. Também não é certo que uma boa educação médica conduza, só por si, à melhoria da prática clínica, da eficácia dos serviços de saúde e, ainda, a uma população mais saudável. Na realidade, a educação médica é somente um dos componentes que influenciam a acção dos serviços de saúde¹⁷.

O descontentamento que possa existir (sobretudo por parte de médicos e responsáveis por organismos médicos) quanto às limitações da preparação médica persistirá enquanto as alterações curriculares se limitarem quase só a apresentar o mesmo material sob metodologias pedagógicas diferentes¹⁸. Há que criar condições e preparar os futuros médicos também para as contingências sociais, legais, éticas, comportamentais e outras que constituem o mundo real. Essencialmente, há que educar os alunos (e recordar aos docen-

¹⁵ Tippett V – ‘Trust me I’m a medical student’. *Truth and trust for student doctors. Clin Teacher* 2005; 2:21-24.

¹⁶ Baum KD, Axtell S – Trends in North American medical education. *Keio J Med.* 2005; 54:22-28.

¹⁷ Boelen C – A new paradigm for medical schools a century after Flexner’s report. *Bull World Health Organ.* 2002; 80:592-593.

¹⁸ Association of American Medical Colleges – A snapshot of medical student’s education at the beginning of the 21st century: report from 130 schools. *Acad Med* 2000;75 (Suppl September).

tes e responsáveis pelos sistemas de saúde) que esta é mais do que a ausência de doença e inclui aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais interdependentes em proporção variável de indivíduo para indivíduo.

A dificuldade de desenvolvimento ou a falta de progresso na formação clínica pré-graduada têm sido também atribuídas às modificações e constrangimentos próprios dos sistemas públicos de saúde. Estes não apoiam suficientemente as necessidades próprias da educação clínica pré-graduada, tido mais como um encargo, senão mesmo um incómodo, e não como um investimento; igualmente não valorizam, de forma adequada, a qualidade e a boa preparação adquirida pelos médicos recém licenciados entre os critérios primordiais de recrutamento

Qualquer dos pontos anteriores tem sido, e continua a ser, amplamente confirmado entre nós. Acresce ainda a continuada desvalorização das “mais-valias” potenciais que a investigação, a formação médica avançada e uma estreita e paritária colaboração com as escolas médicas poderiam acrescentar a uma maior qualificação e progresso na área da Saúde nacional¹⁹.

No seu conjunto, aquelas realidades, insistentemente apontadas, são reveladoras de sistemas medíocres e falhos de visão estratégica elementar, que não contribuem com soluções e constituem elas próprias parte do problema. Os interesses cooperativos e as políticas instaladas poderão ser um enorme e efectivo obstáculo aos objectivos das reformas da formação médica que, com grande (e também ingénua) perseverança, visam uma Medicina melhor. No fundo, parece não ter havido modificações essenciais desde que Flexner, quase há 100 anos, referiu que o defeito da educação médica reside não no sistema em si mas no espírito como é administrado, de visão curta²⁰.

A realidade presente e o prenúncio de uma forma diferente da formação médica, fundamentada nos modelos de formação de adultos e reforçada pelas novas tecnologias da informação e do ensino à distância, em sistema de “universidade aberta”, e com reconhecida e importante aplicação em interfaces de diagnóstico e intervenção clínica²¹, justificam que se reconsiderem e estabeleçam novas prioridades educacionais, quer a nível da formação pré-

¹⁹ Ainda permanece em vigor a legislação (Portaria nº 177/97 de 11 de Março) para efeito de concurso público de habilitação ao grau de consultor e de provimento na categoria de chefe de serviço da carreira médica hospitalar, que valoriza somente entre 0 e 0,5% a participação que alguns dos candidatos possam ter em docência e/ou investigação académicas e/ou actividades em sociedades científicas.

²⁰ Flexner A – “Medical Education in the United States and Canada – A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching”, New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin Number Four, 1910.

²¹ Masys DR – Advances in information technology. Implications for medical education. West J Med 1998; 168:341-347.

-graduada quer na intervenção em fases subsequentes, para uma evolução institucional acelerada que possibilite a modernização dos procedimentos e a concretização eficaz dos objectivos globais de cada instituição. Relativamente à formação médica pré-graduada, é fundamental que a reorientação iniciada (que privilegia uma maior ênfase no sentido da comunidade, da prevenção, da educação sistemática, em equipa e pela evidência, em unidades de ambulatório mais do que hospitalares)²² prossiga e seja reforçada com preparação intensa em aspectos da ética²³, ofereça maior abertura às ciências sociais, humanidades²⁴ e práticas complementares da medicina²⁵, e dê maior atenção a aspectos espirituais e à actuação em cuidados paliativos²⁶.

A eficácia daqueles propósitos requer uma atitude positiva de alunos e docentes. Estes terão de ser educadores competentes, motivados e intervenientes, que interiorizem os objectivos da missão institucional e não se limitem a meros transmissores de conhecimentos. É crucial a formação pedagógica dos docentes para que a mudança curricular e de atitude possam acontecer. Porém, há razões para alguma preocupação sobre a disponibilidade e aderência dos docentes médicos a qualquer projecto educacionalista. A experiência diz-nos que os médicos estão sujeitos a demasiadas pressões diárias (p.ex., escalas de serviço, exigências ou problemas de carreira, procedimentos clínicos, responsabilidades de gestão de serviço e legais, programas de qualificação, competitividade profissional, novas normas e regulamentos de serviço e do sistema de saúde) que, por uma razão ou por outra, poderão comprometer o respectivo desempenho como educadores.

A planificação para o futuro não pode ser a “extrapolação melhorada” do passado. Nesse horizonte há que “dar asas à imaginação”, promover inovações na forma, nos conteúdos e nos mecanismos que darão corpo e cinética às alterações que permitam às instituições médicas acompanhar e, de preferência, antecipar problemas e exigências educacionais e assistenciais. A reforma da educação médica (de que o programa curricular será somente um

²² Jones R, Higgs R, de Angelis C, Prideaux D – Changing face of medical curricula. *Lancet* 2001; 357:699-703.

²³ Eckles RE, Meslin EM, Gaffney M, Helft PR – Medical ethics education: where are we? Where should we be going? *Acad Med* 2005; 80:1143-1152.

²⁴ Calman KC – The arts and humanities in health and medicine. *Public Health* 2005; 119:958-959.

²⁵ Kligler B, Maizes V, Schachter S, Park CM, Gaudet T, Benn R, Lee R, Remen RN; Education Working Group, Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine-Core competencies in integrative medicine for medical school curricula: a proposal. *Acad Med*. 2004; 79:521-531.

²⁶ Ross DD, Shpritz D, Hull MM, Golubeva O – Long-term evaluation of required coursework in palliative and end-of-life care for medical students. *J Palliat Med* 2005; 8:962-794.

instrumento de trabalho e não a essência reformista) terá de objectivar o sistema de saúde e estar associada às mudanças da sociedade em geral. Nesse enquadramento, cada escolas médica deverá assumir uma efectiva responsabilidade social pelo que produz (formação médica, investigação científica, prestação de serviços à Comunidade) e zelar para que esses resultados da sua actividade contribuam para uma Sociedade melhor e mais qualificada e para dar resposta e solução às prioridades da Saúde²⁷.

Para esses objectivos é indispensável, acima de tudo, um posicionamento coerente e sustentado do poder político que, além de reconhecer a importância e responsabilidade das escolas médicas na formação dos futuros médicos que o país necessita, deve criar-lhes condições funcionais e prover o adequado financiamento, de forma a garantir não só a quantidade e qualidade dos profissionais requeridos pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) mas ainda a resolução das prioridades que lhe são subjacentes a cada momento.

Factos e Realizações no Decurso da 1.ª Fase de Revisão Curricular

A planificação e o desenvolvimento de uma reforma curricular não poderão dissociar-se das condições logísticas e recursos (financeiros, materiais e humanos) existentes e disponíveis, com o risco de nunca acontecerem.

Em ocasião anterior²⁸ foram referidos alguns dos condicionalismos que houveram de ser ultrapassados e os meios essenciais que tornaram possível dar início, no ano lectivo de 1995/96, à 1.ª fase da revisão curricular e o seu desenvolvimento constante e eficaz até ao presente. Justifica-se uma menção (Anexo I) ao que foi realizado naquele período.

Identidade e Património Institucional

Entre outras iniciativas, entendeu-se oportuno acentuar a identidade e o grau de adesão entre os membros da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FML), incentivar o “*espírito de corpo*”, renovar a dimensão histórica do seu legado e sublinhar o reconhecimento institucional pelos contri-

²⁷ World Health Organization Invitational Conference – Improving the social responsiveness of medical schools. Proceedings of the Educacional Commission for Foreign Medical G. Acad Med 1998; 748 (8 suppl): Svii-viii, S1-S94; Parboosingh J – Association of Canadian Medical Colleges’ Working Group on Social Policy-Medical schools’ social contract: more than just education and research. Can Med Ass J. 2003; 168:852-853.

²⁸ Martins e Silva J – Uma modificação curricular adaptável à inovação dos saberes e às exigências bio-psico-sociais 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.

butos mais relevantes do passado e presente. A definição de um símbolo e das cores para a bandeira e para todos documentos da FML, o reforço da intercomunicação e da informação interna, sob a forma de publicações escritas e, mais tarde, também por via electrónica, a promoção anual de um grande encontro anual a assinalar o início das actividades académicas e como ocasião também para prestar homenagem pública a todos que mais distinguiram, a organização dos *Alumni da FML* que mantivesse a continuidade de um vínculo afectivo ao longo da vida, a recolha, identificação e instalação de peças, instrumentos e documentos do passado num núcleo museológico que se projecta num futuro Museu da Medicina, foram alguns dos passos dados no sentido da revitalização da *Casa* que iria acolher não só um novo currículo mas que, implicitamente, deveria também contribuir para uma nova projecção na Ciência e na Comunidade.

Formação pré-graduada

O novo plano curricular em actividade na FML desde 1995/96 constituiu a primeira fase das modificações então necessárias, objectivadas para a formação de médicos com perfil pluripotencial.

Por não haver, na época, instalações nem recursos que permitissem converter drasticamente a metodologia de ensino em acções de aprendizagem em pequenos grupos, baseada no aluno e na resolução de problemas (PBL, *Problem-Based Learning*), e não se encontrando os docentes preparados para este modelo de formação, a 1ª fase da modificação curricular concentrou esforços nos seguintes aspectos principais, já anteriormente referidos²⁹: (a) definição de um núcleo curricular obrigatório; (b) inclusão progressiva de domínios de opção; (c) fomento da cultura da investigação básica, clínica e em comunidade; (d) inclusão de domínios humanísticos, sociais e de gestão; (e) formação e avaliação por objectivos; (f) modificação da pedagogia centrada no professor pela do ensino-aprendizagem centrada no aluno; (g) convergência do ensino-aprendizagem em áreas coordenadas e/ou integradas; (h) incentivo do ensino clínico vocacional; (i) introdução da participação do aluno em trabalhos de campo e em unidades clínicas desde o 1º ano do curso; (j) contacto precoce desde o 3º ano do curso com doentes; (k) inclusão de um estágio clínico profissionalizante no último ano do curso.

Um dos aspectos a que foi dada particular atenção consistiu no reforço das unidades clínicas que cooperam com a FML. Até cerca de 1997/98 aquela cooperação limitava-se ao Hospital de Santa Maria (que é desde 1953 o

²⁹ Martins e Silva J – Uma experiência de inovação curricular, prelecção no 2º Curso de Mestrado em Educação Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, em 18 de Janeiro de 2002.

seu hospital escolar) e a alguns Centros de Saúde de Lisboa (para o ensino da clínica geral). À medida que o novo programa curricular foi desenvolvendo-se, aumentou também o nível de cooperação com centros de saúde e unidades de assistência (desde o 1º ano do Curso). Seguiu-se a colaboração com os Hospitais da Marinha, da Força Aérea (no âmbito de protocolos assinados com a Escola Naval e a Academia da Força Aérea, dos quais a FML recebe e ensina alunos destinados a médicos militares) e o Hospital Fernando da Fonseca, onde os alunos do 3º ano do Curso realizam um primeiro e curto período de vivência clínica.

Para apoio ao estágio clínico do 6º ano foram sucessivamente acordados protocolos de cooperação com as referidas unidades hospitalares e, ainda, com os, Garcia de Orta, Santa Cruz, Santa Marta, Curry Cabral, Júlio de Matos, Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Através das Administrações Regionais de Lisboa e Vale do Tejo, do Alentejo e do Algarve, foi possibilitado o desenvolvimento de estágios de Medicina Geral e Comunitária em Centros de Saúde referenciados. Cada uma daquelas unidades passou a disponibilizar anualmente um determinado número de vagas para as áreas de formação previstas no programa de formação curricular. A cada um dos postos de estágio disponibilizados corresponde um orientador de estágio designado pelo respectivo director, de modo a que o ratio docente/discente seja, por norma, de 1:1.

Através de programas de cooperação internacional foi possível expandir para números significativos o total de estudantes da FML que, desde 1994, realizaram parte de um ano lectivo em outra escola médica de países participantes nos “Programas Sócrates, Erasmus e Tempus”, enquanto, e retribuição, eram acolhidos alunos daquelas escolas. É ainda de referir o relevante conjunto de protocolos de colaboração celebrados pela FML com Instituições de âmbito educacional, científico e cultural, (designadamente Universidades, Faculdades, Institutos de Investigação e Fundações).

A missão educacional abrangeu não só numa prolongada e esgotante revisão do programa curricular da pré-graduação médica, mas estendeu-se ainda a outras acções formativas de alunos, docentes e pessoal não docente.

Na pré-graduação há a destacar a colaboração internacional num bacharelato em Biotecnologia (de certo modo antecipador de futuras envolvências no âmbito do “Programa de Bolonha”), a organização nacional de dois novos cursos de licenciatura na área da Saúde e a co-participação num curso em engenharia biomédica. Merece particular destaque o empenhamento no projecto de ensino electrónico de Medicina, que constitui a base de uma parceria internacional (*UVIMEDS*), foi activado e assegura o suporte pedagógico à extensão do 1º ciclo do curso médico matriculado na Universidade da Madeira, apoia a intercomunicação com os estagiários do 6º ano colocados em postos da periferia e, finalmente, está em fase de experimental para o ensino à distância de cursos de formação avançada promovidos pela FML.

Formação pós-graduada

A par do incremento da pré-graduação, foi substancialmente reforçada a realização de actividades de formação pós-graduada, sob o enquadramento de um “Programa de Formação Avançada”, que veio a justificar a construção de instalações próprias e a elaboração de um projecto para um novo edifício que realoje também a Biblioteca Central, conforme foi consignado no “Contrato de Desenvolvimento” aprovado e celebrado com o Governo em 2001.

Foi notória a escassez de docentes médicos interessados em adquirirem graus ou progredirem integralmente na carreira académica, decerto devido a uma cada vez mais exigente e absorvente actividade clínica e também por *fidelização à Medicina*. Em alternativa, para as áreas básicas e também algumas pré-clínicas, tem sido necessário recrutar docentes entre candidatos com outras licenciaturas ou doutoramentos, preferencialmente no domínio da Biomedicina. A maior parte desses candidatos, com formação pós-graduada e participação anterior em projectos de investigação relevantes, revela-se atraída pela possibilidade de dar continuidade às actividades anteriores. Atendendo ao crescente desenvolvimento que está a verificar-se na investigação promovida pela FML, o recrutamento como docentes daqueles candidatos tem contribuído para um “salto qualitativo” muito relevante no potencial e resultados da investigação científica desenvolvida ultimamente pelas unidades das ciências básicas e centros de investigação da FML. Ainda que não preencham por completo o requisito em docentes com primordial vocação pedagógica, aqueles novos docentes têm também contribuído para aumentar o interesse dos alunos do curso médico pela participação em estágios optativos e em projectos no âmbito de “Programa Educação pela Ciência”.

Investigação científica

Entre 1994 e 2004 registou-se uma profunda alteração no total e na qualidade das estruturas, concepção, estratégia de acção, pessoal interveniente, potencial, nível de internalização e resultados gerados pelas unidades e centros de investigação instalados na FML. Dos 13 centros de investigação que haviam sido integrados como estruturas próprias da FML em 1994, e de outros entretanto foram criados e extintos, passou-se em 2001 para 12 centros autónomos e para uma nova estrutura de “Laboratório Associado” que aglutinava 5 dos anteriores centros qualitativamente superiores. Esta nova estrutura, designada por Instituto de Medicina Molecular (IMM), incluiria posteriormente uma outra unidade externa e unidades de serviços tecnológicos. Desde então o IMM tem sido reforçado com investigadores nacionais e estrangeiros seleccionados para áreas científicas pré-definidas, e recebe anualmente dezenas de novos licenciados de vários ramos científicos para efeitos de estágios de formação pré e pós-doutoramento.

Intervenção na Comunidade

A prestação de serviços técnicos e clínicos à Comunidade por algumas das unidades estruturais e centros de investigação tem sido outra contribuição relevante. A criação da AIDFM³⁰ revelou-se sobremaneira útil para a concretização mais flexível de um conjunto de actividades de iniciativa individual ou de alguns núcleos académico, em benefício financeiro e estruturante da FML. Através deste sistema e de dezenas de protocolos interinstitucionais, de âmbito nacional e internacional, tem sido viabilizado um largo conjunto de actividades educacionais, científicas e culturais de interesse da FML. É também de registar o suporte que a FML vem prestando desde 1996 na dinamização do Centro de Saúde Escolar da Universidade de Lisboa, desde modo possibilitando um serviço³¹ de grande importância no apoio a todos os alunos da Universidade de Lisboa (UL). Em 1998 a FML propôs-se a aumentar a sua intervenção, tornando-a extensiva a todo o pessoal (e eventualmente também aos familiares) e a um sector delimitado da população de bairros adjacentes. A ser concretizada esta iniciativa (que obteve pareceres favoráveis de sectores responsáveis da Educação e da Saúde) a FML ficaria a dispor de uma unidade de saúde extra-hospitalar que poderia evoluir para a prestação de serviços especializados e eventual apoio ao ensino dos seus alunos).

Meios de apoio estrutural

As alterações educacionais foram sustentadas por modificações estruturais e funcionais relevantes, desencadeadas ao longo da última década. Em 1994 a Faculdade não tinha espaços minimamente suficientes para acolher o sucessivamente aumento do *numerus clausus*³² nem para o modelo de ensino-aprendizagem pretendido, bases de apoio bibliográfico e informático, e um conjunto de outras facilidades logísticas essenciais à sua modernização. Tornou-se premente definir um espaço para futuras construções da FML, de preferência no sector da cerca comum onde estava prevista a localização do futuro

³⁰ “Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina, 1993-2004”, Lisboa: AIDFM, 2004.

³¹ Inexistente desde que foram extintos os Serviços de Saúde Escolares Universitários (alínea 1, art 28 do Decreto-Lei nº 129/ 93, Ministério da Educação, publicado no Diário da República, I Série – A, em 22 de Abril de 1993). Na alínea 3 do mesmo artigo é disposto o seguinte: “Os serviços médico-sociais no ensino superior são assegurados através do Serviço Nacional de Saúde e dentro dos parâmetros definidos para este Serviço, sem prejuízo da existência de protocolos a firmar entre as instituições de ensino superior e as estruturas regionais ou locais do mesmo Serviço”.

³² Em 1994/95 foram admitidos 110 alunos do contingente normal, cujo número triplicou em 2004/05.

Edifício Egas Moniz (EEM). Este conceito de *Campus* da FML foi defendido insistentemente, acabando por ser reconhecido pelo Contrato de Desenvolvimento, que previa a construção de mais dois edifícios anexos (um para a Formação Avançada e Biblioteca e o outro para realojar o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana) e outros serviços de interesse para a Faculdade. Enquanto se aguardava por aquelas construções, a FML promoveu intensivamente, desde 1995 e em grande parte recorrendo a receitas próprias, obras de beneficiação e remodelação física nos principais anfiteatros e outros espaços de aulas e nas áreas das ciências básicas e em algumas das pré-clínicas, bem como a edificação de novas alas para apoio à formação pré-graduada e pós-graduada, e a reinstalação de outras unidades e centros de investigação. Ainda com receitas próprias, financiamentos extraordinários e algum apoio de mecenato, do Contrato de Desenvolvimento e Contrato Programa para a UL, foram viabilizados o reequipamento para acções pedagógico-científicas daquelas instalações e a aquisição de equipamento telemático e a conexão em rede de comunicação telefónica e informática de quase todas as estruturas técnicas, administrativas, unidades de ensino e investigação. Está em execução um conjunto de beneficiações dos espaços de apoio das clínicas universitárias, junto com a criação de novas salas de aula com as condições adequadas para aprendizagem clínica em pequenos grupos de trabalho, a serem activadas a partir do ano lectivo de 2004/05 no edifício comum com o Hospital de Santa Maria.

Funcionalidade e orgânica

Para dar seguimento e concretização qualificada ao crescente volume de responsabilidades institucionais foi indispensável reformular o quadro, estatuto e especialização dos recursos humanos de apoio técnico-administrativo. Foi dada particular atenção à formação dos recursos humanos nas diversas ofertas de formação disponibilizadas para a administração pública. As medidas tomadas nesse sentido visaram em particular a adaptação à informatização do sistema administrativo e as novas exigências suscitadas pela revisão curricular, expansão da formação avançada e necessidade em estabelecer apoios técnicos qualificados nos diversos aspectos de planeamento, desenvolvimento e avaliação.

Modificações a Concretizar

A avaliação institucional com ponto de partida

A experiência adquirida e o resultado colhido das sucessivas auto-avaliações e avaliações externas promovidas na FML na última década,

desde 1994³³, constituem peças fundamentais na redefinição de objectivos e processos que darão seguimento à revisão do modelo curricular da pré-graduação e, também, à evolução global da instituição nos próximos anos. O programa curricular deverá procurar a excelência formativa e dar resposta às necessidades da Sociedade. Por seu lado, as modificações a introduzir beneficiarão de um modelo institucional, mais aberto, flexível e com capacidade funcional multifacetada³⁴.

O Quadro I evidencia os principais tópicos a considerar na continuidade do programa de desenvolvimento da FML.

Quadro I

- Evolução da formação pré-graduada
- Outros projectos de inovação educacional
- Expansão das novas tecnologias
- Formação avançada
- Ciência médica e biomédica
- Cooperação
- Enquadramento institucional

Evolução da formação pré-graduada

Merece especial destaque, tendo em vista a fase seguinte da revisão curricular, o relatório da auto-avaliação promovida em 2002 (Anexo II) e o entendimento da Comissão de Avaliação Externa que auditou a FML em 2004³⁵.

“Síntese Global – Na Faculdade de Medicina de Lisboa existe uma Direcção com a força e competências necessárias para uma gestão de qualidade pedagógica, bem como as necessárias estruturas técnicas

³³ “Relatório de Auto-Avaliação, 1994 – 1997”, Série Relatórios da FML, Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, volume 1, 2000; “Relatório de Auto-Avaliação 1997-1999, Série Relatórios da FML, Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, volume 5, 2001; “Relatório de Auto-Avaliação 2001-2004, Série Relatórios da FML, Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, volume 12, 2006; “Relatórios de Avaliação Externa da Faculdade de Medicina de Lisboa de 1994 a 2004”, Série Relatórios da FML, Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, volume 9, 2005.

³⁴ Watson RT – Rediscovering the medical school. Acad Med. 2003; 78:659-665.

³⁵ O “Relatório de Auto-Avaliação 2002-2003”, elaborado pela FML, foi enviado em Janeiro de 2004 ao Conselho Nacional de Avaliação do Ensino Superior através da Reitoria da Universidade de Lisboa, tendo servido de base à visita dos avaliadores em 22 de Abril de 2004.

de apoio. O curso, de objectivos bem definidos e processos adequados, pode ser melhorado em alguns pontos como processos de avaliação, integração de temas, relações entre ensino básico e clínico. O pessoal docente é qualificado e o ambiente científico da Escola muito bom, existindo porém uma justificada preocupação com a qualidade de ensino, em particular no ensino clínico e, neste, nos 4º e 5º anos devido ao aumento do número de alunos. A quantidade de pessoal não remunerado com responsabilidades docentes é muito grande. As instalações e equipamentos são bons, embora o espaço para o ensino clínico seja insuficiente, apesar de protocolos estabelecidos com Centros de Saúde e outros Hospitais. A definição do estatuto de Hospital Universitário beneficiaria a ligação da Faculdade com o seu Hospital de relacionamento preferencial, o Hospital de Santa Maria. O nível de internacionalização de investigadores e docentes é bom, insistindo-se num maior esforço no envolvimento de alunos em programas de mobilidade. Outro esforço que deve ser feito pela Faculdade é o da generalização dos mecanismos que permitam uma regular gestão interna da qualidade científica e pedagógica.”

Tendo em consideração os aspectos positivos já conseguidos na revisão curricular, junto com as lacunas ainda por resolver, é oportuno definir os próximos objectivos e modificações.

O projecto curricular deverá continuar orientado para a formação de médicos com perfil pluripotencial, a ser educado com base num núcleo obrigatório e com possibilidade de completar o seu programa com matérias optativas de natureza diversificada. O principal objectivo do curso deverá ser, como tem sido estipulado em sociedades de primeiro plano³⁶, a de formar médicos detentores de competências nucleares que, por si, constituem a essência necessária para uma prática médica responsável e transcendem todas as disciplinas do programa educacional. Aquelas competências deverão ser orientadas tanto para a prevenção e promoção da saúde como para o tratamento dos estados de doença.

As opções educacionais disponíveis devem continuar a abranger aspectos especializados da Medicina e outros assuntos relevantes. Nestes últimos é suscitada a oportunidade de expandir a oferta – até agora restringida a uma preparação irrelevante sobre ética e à aprendizagem de outros idiomas, história e filosofia da ciência – a um maior e mais representativo conjunto sobre artes, humanidades e medicinas complementares tacitamente admitidas.

³⁶ “Educating Doctors to Provide High Quality Medical Care: a Vision for Medical Education in the United States”. Washington DC: Association of American Medical Colleges, 2004.

Quanto ao núcleo programático que todos os estudantes têm de aprender, perspectiva-se uma acentuada modificação na gestão dos conteúdos e nos processos de ensino – aprendizagem do núcleo curricular obrigatório dos primeiros cinco anos do curso, designadamente: (a) redução substancial do ensino teórico (com renovação de conteúdos, aumento da pertinência e exclusão de pormenores irrelevantes), privilegiando em seu lugar (em particular na aprendizagem de âmbito clínico) os seminários sobre temáticas de convergência a exemplos médicos, (b) organização das aulas teórico-práticas em ensino tipo PBL, (c) predomínio das aulas para resolução prática e experimentação laboratorial, (d) progressiva integração horizontal e vertical de conteúdos básicos e clínicos, (e) alargamento da aprendizagem pré-clínica (incluindo procedimentos de socorrismo, suporte de vida e intervenções práticas associadas) desde o 1º ano do curso, (f), aumento da escolaridade não presencial em auto-aprendizagem, (g) aumento da prática vivencial hospitalar e extra-hospitalar (na comunidade e em centros de saúde), (h) articulação do ensino-aprendizagem com acompanhamento não presencial pelas novas tecnologias e métodos interactivos.

Numa perspectiva mais lata há que intensificar o conhecimento e a capacidade de intervenção no domínio da ética em todos os aspectos da Biomedicina e Medicina, e reforçar a capacidade de comunicação e de actuação humanista desde o 1º ano do curso. Neste propósito é importante dar seguimento à integração vertical de três domínios, desde o 1º ano do curso, os seguintes: (a) ética, e humanidades, (b) comunicação e ciências do comportamento, (c) ciências sociais e preventivas.

Entretanto, importa esclarecer o que se entende por integração de conhecimentos. A integração curricular de assuntos que constituem o núcleo de interesses e programas (lectivos ou de investigação) até agora tradicionalmente cultivados por ciências diferentes é uma tarefa muito complexa que, entre outros requisitos, exige direcção (central e descentralizada), organização e infra-estruturas eficazes, muito boa intercomunicação interdisciplinar, capacidade de partilha e fusão cultural entre disciplinas diferentes, identificação de pontos educacionais e metodológicos comuns e, fundamentalmente, docentes empenhados.^{37,38}

Uma das finalidades da integração de conteúdos é a de conferir unidade, relevância e aplicação aos conhecimentos seleccionados. A integração horizontal possibilita a congregação de objectivos e conteúdos de todas as disci-

³⁷ Matson C, Davis A, Steinkohl DC, Blavo C – How did we make the Interdisciplinary Generalist Curriculum Project work? School-level efforts to facilitate success. *Acad Med* 2001; 76(Suppl4):S31-40.

³⁸ Davis MH, Harden RM – Planning and implementing an undergraduate medical curriculum: the lessons learned. *Med Teach*. 2003; 25:596-608.

plinas que, antes, funcionavam isoladas entre si no mesmo ano; num programa integrado, cada domínio contribui com as suas especificidades para um tema ou problema convergente, a ser apresentado e debatido entre alunos e docentes. O modelo de ensino-aprendizagem por resolução de problemas possibilita a integração pretendida, reforçando as características “tridimensionais” de cada assunto, despojado de pormenores irrelevantes, e dá azo a que sejam ultrapassados os limites da matéria, conferindo-lhe perspectivas mais globais, relacionados e pertinentes para a formação médica. Não é, contudo, uma tarefa fácil, que exige o máximo empenhamento dos docentes e um especial cuidado na elaboração e coordenação de cada acção pedagógica, a ser desenvolvida como um guião de uma peça ou projecto multidisciplinar. O envolvimento dos docentes no modelo projectado é crucial para a sua eficácia. De outro modo limitar-se-á a uma *colagem* descoordenada de subtemas específicos pelos docentes de cada domínio, sem convergência de objectivos nem sistematização de conjunto, havendo o risco de se criarem lacunas ou assimetrias importantes na formação.

Naturalmente que a planificação de conteúdos e acções pedagógicas em integração horizontal terá de ser cuidadosamente interligada com os conteúdos organizados ao longo do curso. Na integração vertical a sequência habitualmente seguida quanto à natureza dos conhecimentos deverá manter-se, com predomínio das ciências morfológicas e funcionais no início do curso, e substituição progressiva pelos conhecimentos clínicos. Será fundamental que os primeiros anos do curso incluam já alguma iniciação clínica e em técnicas auxiliares. As ciências básicas e pré-clínicas deverão ser revisitadas em aspectos fulcrais durante a aprendizagem clínica, num ciclo de aprendizagem “em espiral”, em que a cada passo evolutivo passa pelos fundamentos mais relevantes do conhecimento.

A planificação da integração vertical inclui dificuldades e complexidades semelhantes à do tipo anterior. Agora o diálogo será entre docentes das ciências básicas, pré-clínicas e clínicas, decerto mais distanciados entre si nos objectivos, metodologia e léxico. Por conseguinte, a preparação de acções concertadas requer maior abertura (que possibilitará também oportunidades para aprendizagem recíproca), mas o cuidado e rigor na preparação do guião de cada aula ou seminário será idêntico.

O contexto da aprendizagem clínica é uma excelente ocasião para aprofundar aspectos da medicina (preventiva e curativa), e integrar na aprendizagem problemas comuns que fazem parte ou estão relacionados com a actividade da clínica, designadamente no âmbito da ética, dos cuidados paliativos, da organização e gestão do sistema de saúde, e principais constrangimentos socioeconómicos, legais e forenses, entre outros.

As acções de ensino-aprendizagem do ciclo clínico complementares às de enfermaria, consultas ou urgências requerem espaços qualificados (para

aulas de simulação clínica, elaboração ou discussão de documentos clínicos, salas de estudo, e bibliotecas de serviço com acesso à rede informática), e a redefinição das condições funcionais e de gestão das estruturas hospitalares e extra-hospitalares de que dependem.

Haverá que reforçar a rede de unidades clínicas associadas ao projecto de ensino clínico, públicas e (eventualmente) de sistemas privados de saúde, enquanto se mantiver a pressão para aumentar o (já demasiado elevado) *numerus clausus*. Até ao presente, a maior parte da aprendizagem dos 4^o e 5^o anos do ciclo clínico da FML tem decorrido no HSM, que é fundamentalmente uma unidade para cuidados secundários e terciários. Todavia, este tipo de hospital, por não ser representativo da população geral, não é apropriado para a formação pré-graduada, conforme o que está internacionalmente recomendado³⁹. Acresce que a redução drástica dos períodos de internamento e a deslocalização, para atendimento extra-hospitalar, de uma relevante quantidade de situações patológicas que constituem matéria pedagógica essencial, diminuiu a possibilidade de aprendizagem clínica hospitalar.

Os hospitais regionais também não representam uma alternativa pedagogicamente viável além de curtos períodos vivenciais por alguns alunos, enquanto os centros de saúde, em princípio os locais mais adequados para o ensino pretendido (sobre doenças e situações anormais mais comuns) não constituem, ainda, uma opção plausível para a iniciação à aprendizagem clínica.

A evolução do modelo de gestão dos hospitais públicos (e centros de saúde) para um sistema empresarial, bem como os hospitais privados, poderá trazer problemas quanto limitações no acesso dos alunos, maior dificuldade no recrutamento de docentes e ou encargos financeiros insustentáveis com o actual regime de financiamento da FML⁴⁰. Portanto, tornou-se mais premente a clarificação do estatuto de Hospital/Unidades Clínicas Universitárias para condições de parceria inter-institucional, por objectivos e co-gestão educacional⁴¹.

Será oportuno reavaliar a hipótese de a FML participar na co-gestão de um centro de saúde próprio, dando seguimento a um projecto anterior, ini-

³⁹ Gibbs T – Community-based or tertiary-based medical education: so what is the question? *Med Teach.* 2004; 26:589-590.

⁴⁰ O Decreto-Lei nº 206/2004 de 19 de Agosto, elaborado pelo Ministério da Saúde, contém omissões inaceitáveis quanto ao ensino universitário de Medicina e não contempla o que foi sugerido e depois acordado com as Faculdades de Medicina nacionais em reuniões prévias, pelo que foi pedida pela FML a sua revogação ao actual Ministro da Saúde. Foi recebida a resposta de que a matéria legislada “também não é do agrado do actual Ministério da Saúde”, encontrando-se em revisão.

⁴¹ Hospitais Universitários – Características exigíveis para uma formação clínica modelar, in: “Análise e Propostas Sobre um Projecto de Diploma para Hospitais Universitários”, Dezembro de 2003. (Ver nesta Colectânea).

cialmente focado na expansão do Centro de Saúde Escolar da Universidade de Lisboa⁴². Este projecto poderá assumir uma expressão funcionalmente mais abrangente, à semelhança de outros modelos em vigor,⁴³ tirando partido da capacidade da FML e ou da AIDFM em se constituírem entidades fundadoras de projectos empresariais. As vantagens para o ensino-aprendizagem da medicina preventiva e outros aspectos da saúde em Comunidade parecem evidentes, assim que for concretizado aquele projecto.

Qualquer que seja a resolução, a FML deverá poder assumir a co-responsabilidade pelo ensino clínico, seja hospitalar ou em unidades ou em centros de saúde públicos. Nas condições actuais, não tem capacidade para gerir ou manter o planeamento das acções de formação previstas.

Inovações formativas e interprofissionais

Colhendo a experiência de universidades inovadoras na área das ciências médicas, por ex. a de Linköping⁴⁴, afigura-se interessante e útil aprofundar a formação interprofissional de Medicina com a de outros domínios da Saúde. Não é demais acentuar a utilidade formativa dessa partilha para a consolidação do treino dos alunos para uma actividade futura em equipa de trabalho. Nesta perspectiva há grande receptividade por parte da FML em participar na formação (pré e/ou pós-graduada) de profissionais de domínios afins (por ex. Nutrição, Enfermagem, Biomedicina) recorrendo para tal aos seus docentes com competências específicas de âmbito profissional e/ou científicas⁴⁵.

Retirando benefício da experiência positiva de escolas médicas norte-americanas e inglesas em programas do tipo *MD/PhD*⁴⁶, afigura-se ser tam-

⁴² Rebelo L, Jordão G, Pereira Miguel J – Um centro de saúde para a Universidade de Lisboa, in: “A Revisão Curricular na FML de 1992-1999-Fundamentos, Finalidades e Desenvolvimento”, Série Estudos e Documentos, volume 1, Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 1999, pp. 481-487.

⁴³ Hespanhol A, Malheiro A, Sousa Pinto A – O Projecto “Tubo de Ensaio”-breve história do Centro de Saúde S. João. *Fv Port Clín Geral* 2002; 18:171-186.

⁴⁴ Wahlström O, Sandén I, Hammar M – Multiprofessional education in the medical curriculum. *Med Educ.* 1997; 31:425-429.

⁴⁵ A FML propôs a criação dos cursos de licenciatura “Microbiologia” e em “Dietética e Nutrição”, no âmbito do Contrato Programa (Plano Estratégico para a Formação nas Áreas da Saúde: “Contrato de Desenvolvimento para a Formação em Medicina na Universidade de Lisboa” celebrado em Dezembro de 2001). Ambos os cursos iniciaram o 1º ano lectivo em 2004/05; em Junho de 2004 foi celebrado um protocolo de colaboração com a Escola Superior de Enfermagem S. Vicente de Paulo, para colaboração recíproca na leccionação pré e pós-graduada.

⁴⁶ (i) Eaton DG, Thong YH – The Bachelor of Medical Science research degree as a start for clinician-scientists. *Med Educ.* 1985; 19:445-451. (ii) Evered DC, Anderson J, Griggs P, Wakeford R – The correlates of research success. *Br Med J*

bém oportuna a activação de um projecto de formação médica *bietápica* para alunos especialmente vocacionados e com participação activa em investigação científica desde os primeiros anos do curso. Uma outra alternativa aprovada internamente (Anexo I) consistiria numa oportunidade de saída profissional após quatro anos de um novo curso de licenciatura em Biomedicina, segundo os moldes do “Programa de Bolonha”⁴⁷, que englobaria os 3 primeiros da licenciatura em Medicina e um 4^o ano para estágio específico em técnicas auxiliares de diagnóstico ou de acção clínica (equivalente ao de formação dos physician-assistant). De acordo com a experiência de dezenas de anos em centros internacionais, muito em particular nos EUA, a colaboração daquele tipo de profissionais será certamente uma mais-valia importante em condições de escassez de pessoal diferenciado na área da saúde e, ainda, da educação médica.

Expansão das novas tecnologias da informação e treino em comunicação

– Fundamentalmente, há que preparar os actuais alunos para a auto-aprendizagem constante (ensinando-os a aprenderem com recurso à informação existente em bibliotecas e centros de documentação da FML e, particularmente, a aprenderem a adquirir essa informação à distância). A interacção electrónica revelou-se noutras escolas médicas um valor acrescido quer para os alunos, docentes e a faculdade em geral⁴⁸, além de suscitar a evolução para uma forma de assistência clínica centrado no aluno⁴⁹. A capacidade instalada na FML possibilitou não só a extensão dos dois primeiros anos do curso médico aos alunos na Universidade da Madeira como ainda trouxe benefícios evidentes aos alunos estagiários colocados em centros de saúde periféricos. A utilização do contacto informático pelos alunos estagiários poderá ser reforçada através da disponibilização de conteúdos complementares da formação, num conjunto de matérias inicialmente previstas e nunca concretizadas por inteiro. Igualmente, será aumentada a possibilidade de pôr em prática o modelo de aprendizagem centrada no aluno, respeitando os processos de estudo individuais próprios dos adultos e da auto-aprendizagem como preparação para uma formação contínua futura, além de contribuir para um valioso apoio à integração horizontal e vertical do programa curricular e respectiva regulação e auto-

(Clin Res Ed) 1987; 295:241-246. (iii) McManus IC, Richards P, Winder BC – Intercalated degrees, learning styles, and career preferences: prospective longitudinal study of UK medical students. *Br Med J.* 1999; 319:542-546.

⁴⁷ The Bologna Declaration, Joint Declaration of the European Ministers of Education Bologna, 19/June/1999.

⁴⁸ Fleiszer DM, Posel NH – Development of an undergraduate medical curriculum: the McGill experience. *Acad Med* 2003; 78: 265-269.

⁴⁹ Glick TH, Moore GT – Time to learn: the outlook for renewal of patient-centred education in the digital age. *Med Educ* 2001; 35: 505-509.

-avaliação. É conveniente que a formação à distância, à semelhança da modalidade presencial, seja objecto de avaliação final, sem o que não será mais do que informação fugaz.

Os cursos de opção em Telemedicina (de aprendizagem), a que se seguirá a formação sistemática em Telemedicina para apoio assistencial, são passos fundamentais para aquele propósito, a reforçar pelo aumento do número de locais a disponibilizar na FML, equipados para estudo e treino multimédia. Cada aluno da FML dispõe, desde o ano lectivo de 2000/01, de um número privado de E-mail e acesso à Internet.

A protecção da privacidade do doente é um dever ético da aprendizagem médica a receber a maior atenção. Nesse sentido deverá ser incrementada a formação com programas interactivos e simuladores de observação e diagnóstico semelhantes aos que estão em uso desde 1997/98, designadamente na Anatomia, Introdução à Clínica, Anestesiologia (ressuscitação e suporte de vida) e Práticas Cirúrgicas. Aqueles e os novos equipamentos já anunciados pelos principais fabricantes abarcando as principais funções vitais humanas, embora de custo elevado, terão de fazer parte dos meios a disponibilizar pela FML, no sentido de uma melhor formação prática dos alunos e, sobretudo, para que a sua aprendizagem naqueles modelos antecedente a manobras equivalentes da observação em doentes.

Também a aprendizagem em comunicação interpessoal melhoraria com a utilização de actores (a contratar, ou docentes e ou alunos) preparados para actuação como doentes, de modo a exercitar melhor o aluno para a formação clínica.

Formação avançada

A formação de docentes (orientadores/tutores e também dos assistentes dos ciclos pré-clínico e clínico) terá por objectivo preparar o docente a comunicar com os alunos e a utilizar as técnicas de informação e processos de avaliação, designadamente do tipo OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*).

A formação na área clínica requer essencialmente médicos com experiência pedagógica que, até ao presente se têm disponibilizado a colaborar com o programa da FML. Havendo a intenção e a conveniência de que o 5º ano seja de formação vivencial, e considerando o estágio clínico (6º ano) como período de pré-internato (que substituirá o actual Internato Geral quando a sua eficácia vier a ser creditada pela Ordem dos Médicos), haverá que formalizar o recrutamento dos orientadores (ou tutores) clínicos entre os médicos com experiência comprovada que pertençam às unidades do Sistema Nacional de Saúde em que decorre o ciclo clínico da FML.

Pretende-se que os orientadores efectivamente ensinem (conhecimentos e desempenhos) e procedam à avaliação contínua dos alunos que lhes são confiados. Para que esses procedimentos pedagógicos decorram com eficácia e conduzam à definição da competência profissional dos formandos, haverá que seleccionar cuidadosamente aqueles orientadores, conferir-lhes remuneração condigna (não inferior à atribuída aos actuais assistentes convidados), dar-lhes acesso a acções de formação pedagógica elementar, além de se dispor de um mecanismo rigoroso de gestão que acompanhe a actividade dos tutores e a dos alunos em formação

A docência pré-graduada exige condições e pessoal habilitado para as funções. A *formação de formadores* poderá ser entendida como um tipo de formação pós-graduada especificamente orientada para os médicos recrutados para actividades de ensino e/ou tutela clínica.

O conceito de Centro Médico Universitário beneficiará substancialmente do posicionamento e disponibilidade da FML organizar acções formativas diferenciadas conducentes a graduações académicas (de mestre ou doutor) ou aumento de competências profissionais específicas por parte dos seus docentes e orientadores das instituições associadas ao ensino que revelem qualidades e o desejo.

Por via daquela interacção, criando um vínculo entre médicos que ensinam na pré-graduação da FML, ao mesmo tempo que esta lhes disponibiliza oportunidades para aumentarem os seus conhecimentos, competências, capacidades e meios de participação em acções de formação e/ou graduação académica, haveria benefícios directos para ambas as partes e, também, para a melhoria do ensino pré-graduado, bem como a qualidade da assistência e do progresso da ciência médica. Aquele apoio formativo será também uma forma de retribuição e reconhecimento da FML pela dedicação docentes e orientadores de estágio que prestam colaboração voluntária, *bona gracia*.

Em dimensão diferente, a FML terá de considerar o seu envolvimento empenhado no apoio à formação médica avançada e contínua, a promover quer nas suas instalações quer, essencialmente, disponibilizando-a à distância, junto dos clínicos nos seus locais de trabalho. A formação avançada é uma inerência natural a ser promovida constante e sistematicamente, que alia novos conhecimentos científicos a novos processos de intervenção clínica, que antecipa novas experiências, tecnologias, comportamentos e culturas. A importância crescente que a formação permanente tem (e virá a ter cada vez mais), para a actualização dos conhecimentos e competências dos actuais e futuros clínicos, sobretudo os que exercem longe dos principais centros médicos e universitários, não pode nem deve ser descurada pela FML. Para o efeito, a FML, através do seu Instituto de Formação Avançada (IFA), deverá continuar a disponibilizar cursos de formação de curta duração e de mestra-

do, como os que tem apresentado⁵⁰, e criar novas ofertas, no pressuposto de que a expansão da formação pós-graduada e contínua é um importante caminho para a consolidação institucional (como entidade formadora diferenciada e para obtenção de recursos financeiros relevantes). Entre as novas ofertas cabe dar corpo a acções formativas que sejam propostas ou requeridas por entidades exteriores. Neste campo será desejável que o IFA venha a posicionar-se como instituição formadora preferencial da área da saúde. Particularmente neste último exemplo, será indispensável que o Ministério da Saúde aceite o princípio de pelo menos um ano de equivalência a bolseiro para a realização de trabalhos de investigação para tese, sem prejuízo dos direitos de cargo clínico desempenhado pelo doutorando. Este tipo de modelo possibilita, há largos anos, um elevado nível de diferenciação médica entre os clínicos gerais e hospitalares de países escandinavos⁵¹. Enquanto as acções de curta duração não levantam problemas de compatibilidade horária, o mesmo não sucede com a frequência dos cursos de mestrado ou doutoramento. Seria vantajoso para ambas as partes envolvidas (FML e instituições do SNS) que os médicos com actividade docente dispusessem de condições, além de motivação, para a aquisição de conhecimentos avançados, quer nos seus campos de actuação clínica quer também no âmbito da investigação experimental ou clínica que venham a desenvolver.

Seria muito importante que a formação permanente a ser desenvolvida pela FML fosse completada pelo apoio clínico através da Telemedicina, trazendo benefícios para os médicos mais carenciados de consultoria técnica que residam longe dos principais centros urbanos. Este tipo de serviços integrados (que poderia ser partilhado com o SNS) estaria também naturalmente inserido na estratégia de um Centro Médico Universitário a ser constituído pela FML, pelo seu Hospital nuclear, outros Hospitais e Centros de Saúde associados ao ensino, por via da convergência de recursos e complementaridade de objectivos para a formação e assistência médicas nacionais a formalizar no âmbito das respectivas tutelas.

Ciência e investigação médica e biomédica

Não é legítimo dissociar, nas instituições universitárias, de um lado o ensino e, do outro, a ciência. Do mesmo modo, a ciência que se faz não deverá estar separada da ciência que se ensina.

⁵⁰ “Formação Pós-Graduada na FML, 1987-2001”, Série Estudos e Documentos da FML, Volume 3, 2002. “Relatório do Conselho Directivo de 2001 a 2003”, Série Relatórios da FML, Volume 8, 2004. “Relatório do Conselho Directivo de 2001 a 2005”, Série Relatórios, Volume 10, 2005.

⁵¹ Håkansson A, Beckman A, Hansson EE, Merlo J, Månsson NO – Research methods courses as a means of developing academic general practice. Fifteen years’ experience from Sweden and Denmark. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23:132-136.

Justifica-se plenamente que a investigação científica continue a ser uma das grandes prioridades da FML, quer pelo potencial aumento dos conhecimentos que daí advêm em benefício da Medicina e da Biomedicina, quer pela atitude cultural que beneficia os que nela participam, sejam docentes ou alunos. Deste modo há que acarinhar e melhorar as condições de trabalho, infra-estruturas e reforçar os recursos disponíveis dos actuais Centros de excelência da FML. É previsível que todas ou, pelo menos, algumas daquelas áreas em embrião venham a ter desenvolvimento pujante.

Embora a ciência da primeira linha disponha com algumas facilidades de financiamento independente para equipamento e consumíveis (através do Ministério da Ciência e/ou da União Europeia), haverá que cuidar da sua inserção física e de fixação de quadros humanos. Esta parte pertencerá à FML se para tanto dispuser dos apoios necessários.

A par da investigação científica fundamental há lugar e motivos para uma particular atenção à pesquisa orientada para problemas específicos e prioritários de âmbito clínico. Em qualquer dos casos, será essencial cuidar da transmissão compreensível e pragmática dos resultados obtidos. Do conjunto das novas opções científicas, também com importante contributo curricular e de serviços à Comunidade, destacamos a Microbiologia e a Imunologia. Nenhum destes domínios teve ainda, na FML, a implantação estrutural e científica que requerem na actualidade e futuro⁵². Justificar-se-ia plenamente que, à semelhança algumas experiências internacionais frutuosas e para uma conveniente adaptação às prioridades globais da saúde, fosse viabilizada a reinstalação conjunta da Microbiologia com a Imunologia⁵³, possibilitando o seu desenvolvimento a nível de ensino, da investigação e, particularmente, em parceria com outras instituições de âmbito médico e científico-tecnológico.

⁵² É reconhecida a virtual pandemia de distúrbios alimentares (bacterianas e virais) que afecta um número crescente de indivíduos em todos os continentes, (Mensah GA, Mokdad AH, Ford E, Narayan KM, Giles WH, Vinicor F, Deedwania PC – Obesity, metabolic syndrome, and type 2 diabetes: emerging epidemics and their cardiovascular implications. *Cardiol Clin* 2004; 22:485-504). Igualmente observam-se surtos cada vez mais frequentes de um número inexplicável de doenças atribuídas a vírus emergentes (por mutação, recombinação, transferidos de outras espécies ou deslocadas de áreas geográficas primitivas) ou causados por agentes patogénicos que se consideravam extintos, [Wenzel RP, Bearman G, Edmond MB – Lessons from severe acute respiratory syndrome (SARS): implications for infection control. *Arch Med Res* 2005; 36:610-616]. Antevê-se o agravamento daquelas situações, originando uma maior dependência em recursos humanos, meios de diagnóstico e cuidados de saúde especializados e complementares. Com a activação dos cursos de licenciatura em Microbiologia e em Dietética e Nutrição, a par do desenvolvimento estrutural e científico pretendeu a FML contribuir para uma maior capacidade de resposta e apoio à comunidade.

⁵³ Programa de Desenvolvimento da FML.

Além da promoção da investigação de primeira linha, há que reduzir assimetrias institucionais, recorrendo a financiamentos específicos. O projecto recém-criado na FML para apoio a laboratórios carenciados destina-se àquele desiderato, embora se prevejam grandes dificuldades e insuficiências, por continuar a ser omissa o financiamento da investigação de base nos orçamentos atribuídos à FML (e à Universidade em geral).

Portanto, a par da “ciência competitiva”, é indispensável que a FML reforce a sua política de fomento da ciência e da investigação em geral. Ao fomento da investigação iniciado em 1997/1998 na FML, sob a forma de projectos financiados com parte da verba das propinas (a serem desenvolvidos por alunos integrados em grupos de trabalho básicos e clínicos da FML), juntou-se mais recentemente a prática de investigação como actividade curricular de opção aberta aos alunos a partir do 2º ano do curso. Dezenas de alunos da FML estão (integrados e/ou tutelados por investigadores) a desenvolver actividades de investigação por objectivos, no domínio das ciências básicas, clínicas e sociais – saúde pública. É essencial (para a Ciência e para a qualidade e prestígio da FML) que o total de alunos interessados em pesquisa médica e biomédica evolua em constante crescendo.

O desenvolvimento das actuais áreas científicas e de outras prioridades de investigação, com participação também activa no ensino e na prestação de serviços, constituem núcleo estratégico da FML a requerer constante apoio. Igualmente, a FML tem de fomentar a cultura e dar continuidade à realização de projectos de investigação de base, junto dos seus alunos e no âmbito seus laboratórios e centros, não só para possibilitar a revelação de novos talentos para as ciências médica e biomédica como também para reduzir desigualdades de produtividade científica institucional e incentivar motivações, a serem continuadas e desenvolvidas desejavelmente a nível da excelência em períodos subsequentes da formação profissional e actividade clínica.

Cooperação internacional

Junto com as possibilidades de intercomunicação que estão a ser viabilizadas pela *Internet*, é de referir que o acesso ao conhecimento sem fronteiras tem constituído um dos objectivos de formação na FML (através da Biblioteca, Centro de Documentação e do Departamento de Educação Médica).

É intenção da FML reforçar largamente a cooperação com unidades e centros científicos estrangeiros, estimulando a mobilidade de docentes e investigadores da FML para formação complementar e desenvolvimento de trabalhos pedagógicos e/ou científicos no exterior, favorecendo a vinda de professores e investigadores estrangeiros para colaborarem transitariamente nas actividades pedagógicas e científicas dos novos centros e, ainda, dando

grande apoio à mobilidade estudantil, quer dos nossos discentes para estudarem períodos lectivos no estrangeiro ou dos alunos de outros países que desejem completar a sua formação pré-graduada na FML. Este intercâmbio abrange já um número já razoável de estudantes nacionais e estrangeiros inscritos no Programa Erasmus. Num outro plano, foi possível iniciar uma interessante parceria com instituições de saúde de Angola e Cabo Verde, pela qual grupos de alunos da disciplina de opção da Medicina Tropical estão a ter os seus primeiros contactos clínicos com a realidade africana.

Enquadramento institucional

À semelhança dos condicionalismos vividos na década anterior, também agora há novas situações a resolver, no seguinte: (a) instalações e (b) articulação institucional.

(a) Instalações – O contrato de Desenvolvimento está muito longe da conclusão e, nalguns casos previstos, nem teve começo (construção do biotério e dos novos edifícios para o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana e Instituto de Formação Avançada e Biblioteca). Esta situação é causa de substancial preocupação. Qualquer dos novos edifícios, além de permitir instalações modernas para fins específicos, dotaria a FML de espaços de ensino adequados às presentes e futuras exigências educacionais.

Os espaços actualmente existentes para o ensino não clínico tornaram-se insuficientes pelo aumento acelerado do número de alunos que, entretanto, ingressaram no curso de Medicina e dos novos cursos de Dietética e Nutrição e de Microbiologia. O atraso registado faz prever o pior, pelo é necessário projectar um edifício de apoio para aulas em pequenos grupos de trabalho, antecipando também a redução das aulas teóricas e subsequente menor utilização de anfiteatros e auditórios.

O atraso no biotério do EEM, previsto no plano original do edifício mas requerendo financiamento adicional está a originar grandes constrangimentos na investigação experimental em pequenos animais de laboratório, de duração imprevisível.

O ensino clínico em consulta ou enfermaria depende de espaços de apoio, ainda insuficientes. Esses espaços, equipados para consulta pela Internet e simuladores interactivos de auto-aprendizagem, darão também possibilidade a aulas, reuniões de trabalho, elaboração e consulta de documentos clínicos de doentes em estudo pelos alunos.

(b) Articulação institucional – A FML deverá promover, no mais curto de tempo possível, a concretização do projecto de Centro Médico Universitário (ou designação alternativa) em parceria com unidades (associadas ao ensino mediante protocolo) do Sistema Nacional de Saúde (hospitais e cen-

tros de saúde). Este componente clínico deverá basear-se em duas unidades nucleares: Hospital de Santa Maria e um Centro de Saúde a ser gerido pela FML. Estas duas unidades nucleares possibilitarão o ensino-aprendizagem dos preliminares da formação clínica por docentes.

Adicionalmente, a formação pré-graduada, a FML contará com o Instituto de Formação Avançada (vacionado para a formação pós-graduada e contínua de todos os médicos que o desejarem), com uma Biblioteca Central apetrechada (para disponibilizar um amplo leque de oferta documental no local e acessível *online* a consulta profissional à distância), com um Museu de Medicina (que será uma reverência histórica do passado cultural e institucional, e um fonte de experiências pioneiras em Medicina em apoio da educação dos futuros médicos) e com Centros de Investigação e de Prestação de Serviços de diagnóstico avançado, ensaio clínico e inovação tecnológico (através de unidades do EMM e futuramente reinstalado Instituto Bacteriológico Câmara Pestana).

A evolução institucional requer flexibilização dos procedimentos administrativos e delegação de competências directivas, a prover por alteração estatutária, já iniciada. A flexibilização de procedimentos e ou delegação de competências poderão ser organizadas com base em centros de custo, a definir para conjunto de alguma identificação estrutural ou funcional, à semelhança do estabelecido para o EEM.

A AIDFM, além de dar continuidade à gestão empresarial de alguns projectos de investigação, prestação de serviços, ensaios clínicos aquisições de e registo de patentes, reúne condições para assegurar a co-gestão de um centro de saúde a ser dinamizado pela FML, com o aval e no âmbito da rede de cuidados primários do SNS.

Conclusões e problemas críticos

1 – As alterações curriculares promovidas pela FML desde 1995/96 atingiram o objectivo primordial estabelecido, ao assegurar desde 2000/01 a realização do 6º ano do curso em estágio clínico profissionalizante. Nos anos seguintes procedeu-se a correcções e melhorias pontuais no currículo. O próximo grande objectivo a alcançar será o de orientar todo o programa da pós-graduação para aspectos concretos da Medicina, pela selecção de conteúdos científicos e técnicos pertinentes e particular ênfase em comportamentos e atitudes humanistas, em constante integração de conhecimentos; há que privilegiar a aprendizagem activa do aluno sob a orientação do docente, estimulando o estudo e o trabalho em equipa interprofissional, mais na comunidade do que em hospital, conferindo preparação para actuação numa sociedade em mudança global e para uma constante renovação de conheci-

mentos e formação contínua ao longo da vida profissional. É indispensável que o programa curricular continue a ter a colaboração activa de docentes e alunos, quer a nível de conselhos e comissões geral e de ano; para uma melhor avaliação e regulação em proximidade do desenvolvimento educacional é conveniente repor em funcionamento a comissão de acompanhamento curricular.

2 – O principal problema da formação pré-graduada reside na carência de docentes médicos com disponibilidade de tempo e dedicados à carreira académica. A principal razão dessa carência reside na remuneração, substancialmente superior no SNS e, ainda mais, na medicina privada. Deste modo, cerca de 80% dos docentes médicos da FML são convidados a tempo parcial, ao que corresponde uma colaboração transitória, restrita à docência, que afecta particularmente as áreas não clínicas. Os lugares em aberto e as actividades académicas específicas das áreas não clínicas estão a ser ocupados com pessoal docente e investigador com formação não médica. Com uma próxima reforma dos principais docentes e responsáveis, que têm formação médica, haverá necessariamente alterações substanciais no processo e conteúdos educacionais a nível das ciências básicas, a assumirem objectivos mais próximos da Biomedicina.

3 – A modernização de processos, equipamentos e instalações e a duplicação da área edificada deram suporte à evolução educacional e, ainda, à capacidade científica e de intervenção na Comunidade. Porém, o atraso registado no cumprimento integral contrato de desenvolvimento, que constituiu o compromisso governamental assumido em 2001, está a criar problemas logísticos, quer de espaços para aulas quer da natural evolução institucional projectada. A política de abertura e inter-colaboração científica, educacional e cultural promovida com outras instituições nacionais e estrangeiras suscitou excelentes oportunidades para a evolução positiva da FML. Como tal, deverá prosseguir nas linhas mais promissoras, em particular nas que possibilitem activação de inovações iniciadas e em projecto e a internacionalização institucional.

4 – A capacidade alcançada para a formação avançada e para o progresso da ciência médica e biomédicas instaladas na FML serão determinantes para a sua projecção e contribuição na Comunidade. Porém, para que a formação avançada não se restrinja a objectivos individuais académicos ou simplesmente intelectuais, precisa que lhe seja reconhecida, formalmente, por parte das entidades responsáveis pela saúde, que contribui para a qualificação profissional dos médicos e outros profissionais afins e, por conseguinte, para uma melhor prevenção e assistência na Saúde. Igualmente, a evolu-

ção da investigação científica perdurará enquanto houver financiamentos. Os custos elevados da investigação baseada na biologia molecular têm restringido a actividade das unidades com projectos de natureza diferente. Não havendo alterações substanciais naquela tendência nem na política das agências financiadoras, é de prever que alguns dos domínios tradicionais e com importante actividade na área médica, venham a definharem a favor da pesquisa biomédica.

5 – Continua a ser essencial definir áreas próprias e modelos de co-gestão adequados para o ensino clínico. A organização de um Centro Médico Universitário segundo o modelo sugerido potenciará parcerias benéficas para a formação pré- e pós-graduada, para a investigação científica e para a prestação de serviços específicos à Comunidade por todas as entidades participantes. Reduziria ainda o risco de a FML evoluir para um espécie de *instituto biomédico*, menos associado aos objectivos e prioridades da formação médica.

Anexo 1

Listagem das Principais Modificações, Realizações e Desenvolvimentos Conceptuais, Estruturais ou Funcionais Verificadas no Período de 1994 a 2005.

Unidade Institucional e Património Histórico

- Publicações da FML: reformulação e classificação da *Revista da FML*, como órgão oficial, bimestral, criação da *Agenda*, quinzenal, (1994 e 1995), e de volumes não periódicos (excepto os Guias de Licenciatura) *Cadernos da FML* e Séries de *Guias, Estudos e Documentos e Relatórios da FML* (desde 1994). (Fot 1)
- Aprovação de um “Encontro Anual” que incluía a “Cerimónia de Abertura do Ano Lectivo da FML” (1995).
- Definição de logótipo e cores de bandeira, guiões, galhardetes e impressos da FML, com homologação Reitoral (1995). (Fot 2)
- Activação e nomeação da 1.ª direcção e órgãos sociais da *Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina* (1995). (Fot 3)
- Recuperação e instalação dos medalhões de antigos mestres de Medicina em Lisboa, no século XVIII, no átrio da Aula Magna (1996). (Fot 4)
- Colocação de referências históricas alusivas à Medicina e à fundação da FML e antecedentes no átrio da entrada principal e em outros espaços comuns da FML (1996, 2000, 2004). (Fot 5)
- Aprovada a criação da *Associação dos Antigos Alunos da FML* (1999).
- Aprovação de galardões de mérito (1999), e regulamento para 5 categorias respectivas (2000). (Fot 6)
- Homenagem a antigos professores da FML, cujos nomes passam a designar anfiteatros e outras áreas educacionais (2000-2004).
- Redefinição do Núcleo Museológico (2003); definição e apresentação pública do projecto para o Museu de Medicina da FML (2004-2005), a instalar em espaços próprios e com pólos em diversas unidades da FML, no edifício comum e no Edifício Egas Moniz.
- Definição e activação do Núcleo de Património Histórico Documental (2004), articulado com o espólio da Biblioteca Central.
- Comissão para uma galeria de retratos pintados a óleo de todos os Directores e Presidentes de Conselho Directivo da FML (de 1911 a 2005), que foi instalada no sector de “Direcção e Conselhos” (Fot 7).

- Definição e indigitação das individualidades que integram três comissões consultivas da FML: Conselho Consultivo Superior, Comissão de Conselheiros do Património Histórico e Comissão de Curadores do Museu (2005).

Actividades formativas

Recursos humanos em geral

- Activação de acções, com frequência anual, de formação e qualificação do pessoal não docente (em procedimentos administrativos e técnicos diversos) e docente (em telemática) (1996).

Formação pré-graduada

- Iniciado o novo programa curricular de pré-graduação médica para o 1º ano do curso (1995/96) e sucessivamente para os anos seguintes, até ao 6º, como estágio clínico profissionalizante (2000/01); no mesmo período são criadas comissões permanentes e transitórias para apoio à concepção, organização, acompanhamento e gestão do processo de revisão curricular.
- Regulamento de doação/aceitação de cadáveres para estudo anatómico (1999).
- Criação de um 2º curso de licenciatura a leccionar pela FML, em “Dietética e Nutrição” (2000), com início do 1º ano lectivo em 2004/05.
- Sistema de “Apoio Pedagógico ao Programa Curricular da Pré-Graduação” (2000).
- Participação da FML, com mais dez instituições europeias, no *European University Consortium for International Degrees in Biotechnology*, liderada pela Universidade de Perugia (2001-2003).
- Co-participação da FML no curso de licenciatura em “Engenharia Biomédica”, sob a responsabilidade do Instituto Superior Técnico (2000), com início do 1º ano lectivo em 2001/02.
- Criação de um 3º curso de licenciatura, em Microbiologia (2002), com início do 1º ano lectivo em 2004/05.
- Criação de infra-estruturas e ensaios-piloto para o ensino à distância e por via informática, com participação no projecto internacional IVIMEDS (*International Virtual Medical School*) (2002).
- Aprovado um programa de formação bietápica optativa ao curso de licenciatura em Medicina, com um ano intercalar para a realização de um projecto de investigação após o 3º ano do curso, com retoma e conclusão subsequente do ciclo clínico; em alternativa, o ano intercalar constituiria um estágio de formação específica em técnicas auxiliares de diagnóstico ou de acção clínica, que seria o termo de um novo curso de 4 anos em Biomed-

cina (2002). Embora apreciada favoravelmente pela Reitoria, a FML optou por não dar seguimento à iniciativa.

- Expansão do ensino do ciclo básico do curso de licenciatura da FML a um contingente de alunos matriculados na Universidade da Madeira, com intervenção de meios telemáticos, a partir do ano lectivo de 2004/05.
- Definição das “Competências Nucleares do Licenciado em Medicina”: projecto liderado pela FML no âmbito do Ministério da Ciência e do Ensino Superior e do Grupo de Missão em Saúde (2005).

Formação pós-graduada e contínua

- Assegurada a continuidade dos programas educacionais com base nas novas tecnologias da informação (“Eurotransmed” e da “Estação de Aprendizagem e Ensino da Medicina”) (1994 e seguintes).
- Assegurada a continuidade e expansão da formação médica contínua (1994 e seguintes).
- Incentivada a oferta crescente e diversificada de cursos de mestrado (1997 e seguintes)
- Aprovação do Grau de Doutor em “Ciências Biomédicas” pela FML (1997) e também em “Ciências da Saúde” (2004).
- Aprovação do “Programa de Formação Avançada da FML” (Mar 01), homologado pela Reitoria da UL (2001).

Investigação Científica

- Integração na FML de 11 Centros de Investigação ex-INIC e 2 Centros do Programa Ciência, transferidos da Reitoria da UL (1994).
- Iniciado o “Programa Educação pela Ciência “(promovido anualmente pelo GAPIC) para apoio à realização de projectos seleccionados de investigação pelos alunos (1997).
- Criação de novos Centros de Estudo/Investigação: da Nutrição e Metabolismo (1996), de Medicina Baseada na Evidência (1999), de Albert Schweitzer, anexo ao Centro de Bioética (2000), de Doenças Infecciosas (2000), das Ciências da Visão (2001), de Almeida Lima (2002), de Pediatria (2002), Multidisciplinar de Psicopatologia Professor Barahona Fernandes (2003).
- Criação do Instituto de Medicina Molecular (Laboratório Associado da Universidade de Lisboa) com integração de 5 dos Centros pré-classificados de excelente ou muito bom (2001), sendo a FML um dos membros co-fundadores (2002).
- Com base nos resultados da avaliação externa ao potencial científico da FML em 2001, são extintos ou reformulados os restantes centros de estudo/

investigação, que ficam limitados a um total de 12, em Dezembro de 2001.

- Criado o Núcleo de Cuidados Paliativos (2004, adstrito ao Centro de Bioética).

Intervenção na Comunidade

- Dinamização da Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina (1995).
- Direcção dos serviços clínicos do Centro de Saúde Escolar da Universidade de Lisboa (1996); A FML manifesta interesse junto da Reitoria em alargar o âmbito dos serviços clínicos ao pessoal da UL e residentes em áreas adjacentes, com possível uso para ensino na Comunidade (1998).

Funcionalidade e Orgânica

- Reformulação do Gabinete de Planeamento (Avaliação e Desenvolvimento) (1995), criação dos Gabinetes de Relações Públicas, Editorial (Março 95), Prestação de Serviços à Comunidade (1996), Estudos e Cooperação com os PALOP (1997), Gestão Curricular, Recursos Humanos, Mestrados e Doutoramentos (1999) e de Apoio e Acompanhamento ao Estudante (2004, em complemento da provedoria aos novos alunos); em 1999 o Gabinete de Planeamento, Avaliação e Desenvolvimento inclui duas novas unidades (manutenção de instalações e informática); em 2004 é subdividido em dois sectores distintos, com repartição das unidades: Gabinete Técnico e Gabinete de Planeamento e Avaliação.
- Activação do Gabinete de Relações Internacionais (2000).
- Anteprojecto de rede multimédia, com acesso limitado à Internet e Intranet (1996); Instalação progressiva da rede voz/dados/Internet a todas as unidades não clínicas do edifício comum (97 e anos seguintes); ligação à Biblioteca Científica Digital da UL (2004).
- Projecto de informática e telecomunicações (1998).
- Estudos para alteração de estrutura orgânica da FML (1999).
- Activação da gestão financeira em “centros de conta” (1999).
- Projecto para a “Saúde Ambiental na FML” (1999).
- Projecto de apoio a “Laboratórios Carenciados” (1999).
- Reorganização dos pólos de apoio das unidades clínicas de ensino-investigação (2003).
- Projecto de Reestruturação do Estatuto da FML (03); alterações parciais estatutárias e novo regulamento orgânico e do quadro de pessoal técnico, administrativo e auxiliar (2004), definição de responsabilidades no acompanhamento directivo das áreas administrativas (2004).

- Activação de pólos administrativos central e periféricos (2004) e descentralização a administrativa das grandes unidades estruturais, com aplicação imediata ao EEM (2004).

Avaliação Institucional

- Activação e desenvolvimento do processo de “Auto-Avaliação” anual, com balanço trienal, desde 1994;
- Activação das “Avaliações Externas”: pela Associação das Universidades Europeias (AUE) e por iniciativa da FML (patrocinada pela Fundação Luso-Americana), em 1997; pela Comissão de Avaliação Externas dos Cursos de Medicina e Medicina Dentária (designada pelo Ministério da Educação em 1998/1999); pelo Grupo de Missão em Saúde, em 2000 e 2001; pela Universidade de Lisboa (Auditoria à Gestão Administrativa e Financeira pela empresa Price, Waterhouse & Coopers, no âmbito da auditoria a todas as unidades orgânicas da UL), em 2000/01; pelos Ministérios do Ensino Superior e Ciência e da Tecnologia (objectivada ao potencial científico), em 2001; no âmbito das AUE, em 2002; no âmbito do Contrato de Desenvolvimento, pelo Grupo de Missão em Saúde, em 2004.

Cooperação Internacional

- Assegurada a continuidade e expansão dos Programas de Cooperação Internacional (intercâmbio e mobilidade de docentes e discentes) “Erasmus”, “Tempus” e “Socrates” (1994 e seguintes).
- Participação da FML, como instituição líder, do “Programa-Piloto Leonardo da Vinci” para a definição de indicadores de aprendizagem em estágio clínico por alunos de 7 escolas médicas europeias’ (2001-2003).
- A FML organizou e acolheu em Agosto/Setembro de 2002 a Conferência Anual da *Association for Medical Education in Europe* (AMEE 2002).

Colaboração Inter-institucional

- É dada continuidade ao protocolo de colaboração com a Faculdade de Medicina Dentária da UL, iniciado em 1993/94, para ensino dos 3 primeiros anos do curso comum com a FML.
- É aprovado o princípio de celebração de protocolos e modelo-tipo, com instituições educacionais, área da saúde e afins (1996); são sucessivamente celebrados protocolos de cooperação com outras faculdades da Universidade de Lisboa e de outras universidades nacionais e internacionais, hospitais e centros de saúde das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa/Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Regiões Autónomas da Madeira e Açores, e com outras instituições nacionais de âmbito educacional, científico e cultural (1995 e seguintes).

- Aprovada superiormente a admissão de contingentes especiais de alunos das escolas militares no curso de Medicina, mediante protocolo (1999).
- Aprovada a participação da FML no projecto de “Associação Nacional das Faculdades de Medicina” (2005).

Intervenções Estruturais

- Iniciada a 1.^a fase do plano geral de obras de beneficiação, reorganização de espaços, reinstalações de Laboratórios, Institutos, salas de aula (1995-); continuação em 2.^a fase (1999); continuação em 3.^a fase (2003/05). (Fot 8)
- Intervenção na Aula Magna e áreas adjacentes (1996,2005). (Fot 9)
- Activação da porta principal da Faculdade para o exterior, após obra de melhoria de escadarias e átrio e do sistema de segurança das instalações (1996); intervenção na 2.^a porta de acesso comum (2001). (Fot 10)
- Instalações para biotério de pequenos roedores (1996 no edifício comum; 2004 no EEM).
- Criada a sala de aprendizagem de Telemedicina (1996) e da Unidade de Telemedicina (1999, substituída em 2004 pela Unidade de *eLearning*, no EEM).
- Criação de salas de auto-aprendizagem com acesso à Internet no edifício comum (1996,2000) e no EEM (2004). (Fot 11)
- Instalação do pólo da Biblioteca Central (1996). (Fot 12)
- Instalação do Laboratório de Práticas Cirúrgicas, também para ensino clínico simulado (1998), depois designado Laboratório de Práticas Cirúrgicas, Anestesiologia e Reanimação (2000). (Fot 13)
- Instalação de novos Centros de Estudo: Nutrição e Metabolismo (1996), Bioética (1999), Baseado na Evidência (1999).
- Criação e instalação dos Laboratórios de Imunologia Básica (2003) e Clínica (2003), Nutrição (2004), Institutos de Introdução à Medicina e de Semiótica Clínica, reinstalação do novo Laboratório de Farmacologia Clínica e Terapêutica, redefinição de outros Institutos, criação dos Centros de Estudo de Doenças Infecciosas e de Medicina Baseada na Evidência, e do Museu de Medicina (2005).

Novos Edifícios ou Alas

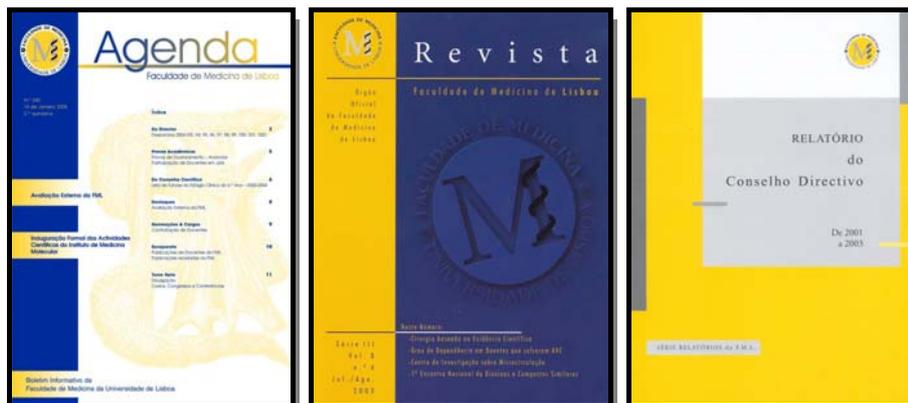
- Lançamento da “1.^a pedra” do novo edifício (1994); adjudicação (pela Reitoria) do concurso internacional para a construção, a ser concluída em três anos (1997); início da construção (1998); nomeação de comissão instaladora (1998); apreciação preliminar de projecto de reinstalação de laboratórios e institutos no novo edifício e redistribuição dos espaços devolutos no edifício comum (2000); nomeação de comissões de acompanhamento do edifício e

de remodelação das antigas instalações a desocupar com a mudança (2002); o novo edifício, redenominado *Edifício Egas Moniz* (2004) foi oficialmente inaugurado pelo Primeiro-ministro em 24 de Abril de 2004, sendo considerado em condições para ensino e investigação a partir do mês de Setembro seguinte; activado o processo de gestão administrativa autónoma do EEM, com nomeação de comissão de gestão (2004). (Fot 14)

- Aprovado estudo para Instituto de Pós-Graduação (depois designado Instituto de Formação Avançada, IFA (1997); em 2002 é finalizada a construção do edifício (onde o IFA fica transitoriamente instalado, englobando 4 sectores: Gabinetes de Apoio à Investigação Científica, Tecnologia e Inovação (GAPIC), Editorial, de Mestrados e Doutoramentos e de Educação Médica); em 2004 o GAPIC é reinstalado no Fórum Científico do EEM. (Fot 15)
- Intenção de construção de uma Sala de Estudos e Auto-aprendizagem (1997), aprovação do projecto e adjudicação (1999); conclusão e activação do edifício (2000). (Fot 16)

Programas de Desenvolvimento

- Proposta e solicitação à Reitoria para que proceda, junto do Hospital de Santa Maria, à definição do campus da FML na cerca comum (1995).
- Aprovada intenção de um futuro “Programa de Desenvolvimento da FML” (1998).
- Apresentação pela FML da “Proposta para Apoio ao Desenvolvimento e Modernização da FML” ao Grupo de Gestão em Saúde (2000); reformulação como “Proposta de Contrato de Desenvolvimento do Ensino da Medicina” (2001); apresentação pública governamental do Plano Estratégico para a Formação nas Áreas da Saúde e celebração do “Contrato de Desenvolvimento para a Formação em Medicina na Universidade de Lisboa” (Dezembro de 2001); designada comissão de acompanhamento pela FML (2002). No âmbito deste Contrato de Desenvolvimento está ainda prevista a construção de mais dois edifícios para a FML, dos quais um está destinado a realojar o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, sendo segundo para instalar a nova Biblioteca Central e o Instituto de Formação Avançada (Fig. 17).
- Participação da FML no Contrato-Programa da UL 2000-2004.
- Aprovação do projecto “Campus da FML” (2004).



(A – Agenda)

(B – Revista)

(C – Séries)

Fotografia 1 – Exemplos de publicações da Faculdade: (A) Agenda, (B) Revista e (C) Séries.

Fotografia 2 – Logotipo da Faculdade

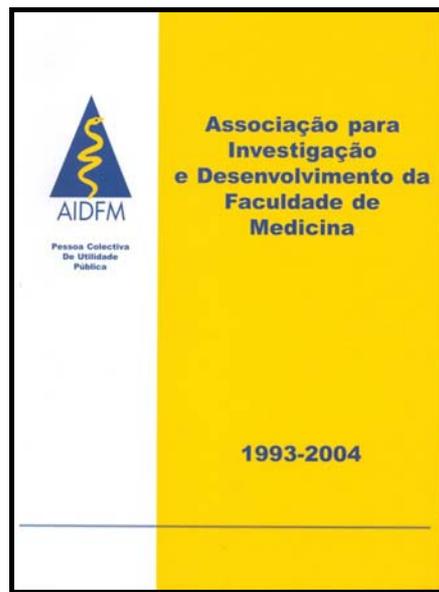


Disp. 19/R/96 (DR – II Série n.º 189 – 16.08.1996)

– Nos termos do art. 44.º dos Estatutos da Universidade de Lisboa, homologados pelo Desp. Norm. 144/92, de 27-7, publicado no DR, 1.ª B. 189, de 18.08.92, aprovo os símbolos e cores oficiais da bandeira e material impresso da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, com a seguinte descrição: letra M, de cor branca, inicial quase universal de Medicina associada a um elemento gráfico, de cor amarela, que sugere simultaneamente a cobra de Asclépio (Deus da Medicina) e a “fita” do ADN. Este conjunto encontra-se inserido numa elipse de eixos semelhantes em fundo preto, circundados pelas inscrições, também a preto: Faculdade de Medicina e Universidade de Lisboa, sob fundo amarelo, conforme modelo anexo.

O papel timbrado com os símbolos e cores oficiais acima descritos, conterá, em marca de água, o logotipo da Universidade de Lisboa, no centro da mancha, com o diâmetro total de 10 cm.

26.7.96 – O Reitor, Virgílio Meira Soares



Fotografia 3 – Capa do livro que resume a história e actividades realizadas pela AIDFM entre 1993 e 2004



Fotografia 4 – Os 12 medalhões em pedra que representam os mais destacados professores de Medicina em Lisboa no século XVIII foram recolocados no átrio da Aula Magna.



Fotografia 5 – Inscrição do Juramento de Hipócrates numa das paredes do átrio da entrada principal da faculdade



Fotografia 6 – Galardões de Mérito



(A)



(B)

Fotografia 7 (A e B) – Comissão para uma galeria de retratos pintados a óleo de todos os Directores e Presidentes de Conselho Directivo da FML (de 1911 a 2005), que foi instalada no sector de “Direcção e Conselhos”.



(A)



(B1)

Fotografia 8 – Áreas remodeladas: (A) Uma das salas de leitura da Biblioteca Central; (B1 e B2) Salas de aulas práticas de Anatomia Patológica, em duas perspectivas.



(B2)



Fotografia 9 – Aula Magna depois de remodelada



(A)



(B)

Fotografia 10 (A e B) – Aspecto da entrada principal da Faculdade, vista do interior (A) e exterior (B).



(A)

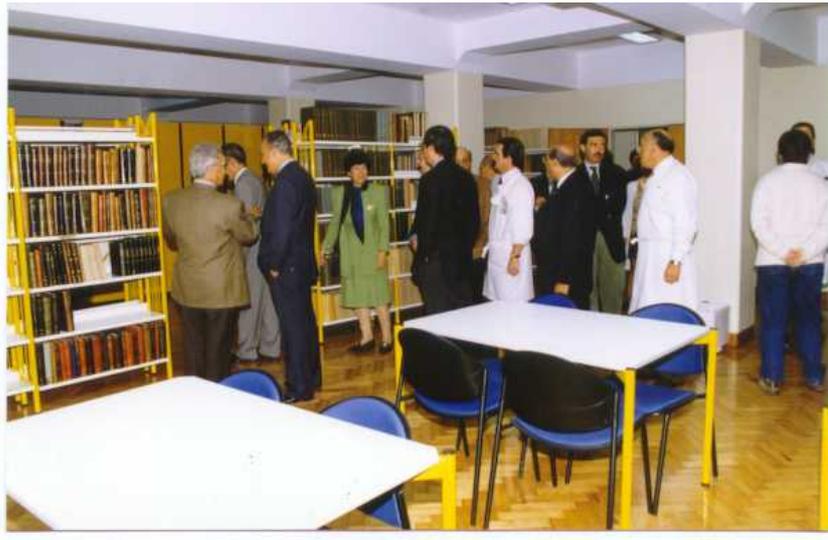


(B)

Fotografia 11 (A e B) – Aspecto de salas de estudos multimédia em espaços recuperados.

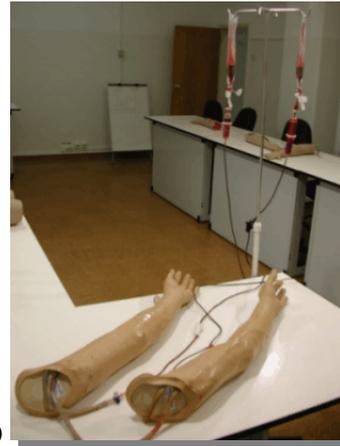


(A)



(B)

Fotografia 12 (A e B) – Instalação do pólo da Biblioteca Central (1996). Inauguração do pólo da Ciências Morfológicas da Biblioteca Central, pelo Doutor Sá Machado, Administrador da Fundação Calouste Gulbenkian.



(A)



(B)



(C)

Fotografia 13 (A, B e C) – Modelos de ensino do Laboratório de Práticas Cirúrgicas, Anestesiologia e Reanimação.



(A)



(B)

Fotografia 14 – (A) “Lançamento da 1.^a Pedra” do futuro Instituto das Ciências Fisiológicas”, em 1994; (B) Maqueta; (C) Edifício concluído, redenominado “Edifício Egas Moniz”, inaugurado em 2004.



(C)

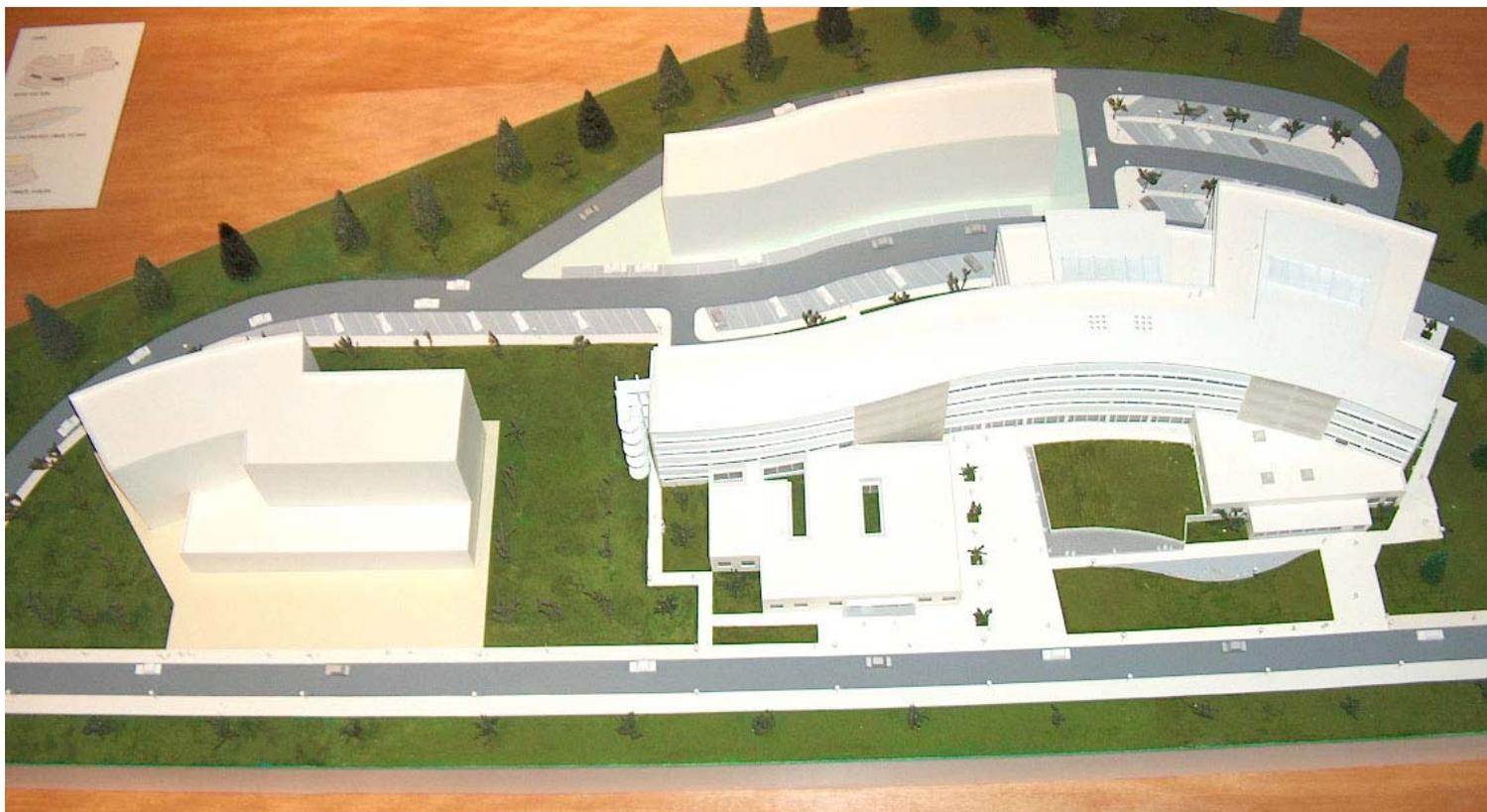


Fotografia 15 – Perspectiva do edifício para a Formação Pós-Graduada (“Sala de Formação Pós-Graduada Professor Pinto Correia”) onde está a funcionar transitoriamente o Instituto de Formação Avançada.



Fotografia 16 – Sala de Estudo e Aprendizagem. (A) Área pré-edificação; (B) Aspecto exterior; (C) Aspecto do piso 0.





Fotografia 17 – Maqueta do conjunto de construções previstas na “Proposta de Contrato de Desenvolvimento do Ensino da Medicina” (2001), que inclui o “Edifício Egas Moniz” (já edificado, Fig. 14) e mais dois edifícios, um destinado a realojar o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, sendo segundo para instalar a nova Biblioteca Central e o Instituto de Formação Avançada

Anexo II

Síntese da Auto-avaliação da FML em 2002, elaborada para preparação de visita de Avaliação Externa, no âmbito do Contrato Programa de Desenvolvimento e do Grupo de Missão em Saúde

Global Synthesis

A – *Opportunities*

1. Development of the information technology and network communication for:

- Under-graduate education.
- Post-graduation education (distance-learning).
- Scientific research.
- Tele-medicine.

2. Political Interest in Health and Bio-medical Science to:

- The improvement of the medical education conditions.
- Reformulation of the management and co-participation in the pedagogic and scientific management of the Health Units.
- Interaction with other professional bodies in the health area.
- National and international interaction, in particular for the access to programs and projects in the net.

3. Economical

The flexibility of the contacts at national and international level may be a potential source of income through:

- Rendering health care.
- Rendering specialized services in the medicine area.
- Participation in educational projects.
- Participation in technological consortiums.

B – Threats**1. Competition****National**

- The potential creation of private Medical Schools may dissipate or diminish the FML operational capacity if the Faculty does not have the possibility of covering the conditions that may be offered by them to the physicians and Health Units.
- FML cannot compete with the remunerative conditions that the external market offers to qualified professionals in such areas as are crucial to the indispensable operational modernization (for instance: management and new technologies).
- The rigid bureaucracy ruling the official careers render difficult not only to engage the necessary qualified personnel but also different salaries for equivalent posts.
- For equivalent posts, the teaching career is economically less favored than the medical one in health areas.
- At equivalent levels and on the financial point of view, work opportunities are less attractive for an exclusively academic career than for a career in health and in private activities.

International

- The FML operational difficulties, due to its limited personnel and operational structures, originate important disadvantages versus the international congener institutions when competing for funding.

2. Politic Factors

- The systematic devaluation of the academic functions (teaching and research) in the competitions after the internship reduces drastically the interest of the physicians in those activities.
- The FML management and engagement systems are not flexible enough to enable the quick decisions that the respective activities demand. The mechanisms inherent to the management and administrative organization should be reformulated to a structure at least similar to those in force in the State Companies.
- The governmental priorities are reducing the FML to an Institution exclusively directed to mass teaching with the inconvenient reduction of the education quality required by the new licentiates.

3. Economical Factors

- The State Budget is insufficient for the development of the FML attributions with the required quality: the tendency is to become worse from year to year.

4. Demographic Factors

- The selection of the students to be admitted demands the active intervention of FML with a definition of its own criteria.
- The preparation of the students that wish to enter in Medicine must be initiated in the pre-university phase, by means of specific programs according to the recommendations of Faculties and other professional Institutions of medical scope.

C – *Strenghts*

- The quality of the scientific research developed by the certified units.
- A diversified curricular program, opening options with potential development and professional prospects in the pedagogical activities, research or alternative medical areas.
- Relationships with Institutions of Science, national and international Faculties of Medicine, technological and similar areas and other Institutions in several fields of action, by means of collaboration protocols.
- Functioning in the Internet with 8 hospitals and tens of national Health Units.
- The development attained by the Departments of Planning, Assessment, Communication and Information Technology of FML.

D – *Weaknesses*

- A rigid management pattern inadequate to the present operational demands.
- Medical Teaching Staff with little interest in participating in the development and deepening of the Institutional mission.
- No-teaching staff with an excessive age average and insufficient training for the modern management procedures.
- Dichotomy and difficulties of operational convergence between the Units of the basic and premedical cycle of FML and the Medical Services of the Hospital de Santa Maria where is given the medical cycle.
- Physical limitation of the present structures.
- Operational heterogeneity of the FML structural Units.

Posfácio

1. Tive o privilégio de acompanhar de perto o movimento de renovação intelectual que perpassou pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FML) desde meados da década de oitenta do século anterior, marcada pela dinâmica iluminada do Professor José Pinto Correia. Fica para a história institucional a “Reunião de Sesimbra”, por ele programada, na qual um numeroso e motivado grupo de professores (de que fiz parte), na maioria responsáveis por unidades estruturais e regentes de disciplinas do curso de licenciatura em Medicina da FML, viveu entusiasticamente um fim-de-semana de intenso trabalho pedagógico, sob a orientação e moderação de dois reputados metodólogos médicos franceses (Professores d’Ivernois e Chabot) do departamento de educação médica da Universidade de Bobigny. Terá sido a primeira ocasião em que docentes da FML participaram activamente na aprendizagem sistemática de novas perspectivas e metodologias de ensino médico, depois completadas por debates intensos sobre a construção de um novo currículo pré-graduado, mais pertinente e mais integrado que estava em vigor.

Dessa reunião ficou o fermento para um programa curricular renovado, ainda que assente nos princípios gerais da reforma de 1911, pela qual o ensino decorria a par da investigação científica. Ficou também o hábito de apresentação e discussão alargada de novas ideias sobre a formação médica, não somente a pré-graduada mas em todo o seu *continuum* (II.1).

Por via da Sociedade Portuguesa de Educação Médica (que Pinto Correia também liderou nos primórdios dos anos noventa) sucedeu um crescendo de esforços congregados pelas várias faculdades de medicina do País, com a realização de congressos nacionais naquela temática, que até recentemente eram promovidos em alternância por aquelas instituições. Foi assim sem surpresa e com grande naturalidade que as faculdades de medicina nacionais e os seus docentes aderiram esperançosamente aos propósitos da “Iniciativa de Lisboa”, patrocinada pelo Governo Português em Novembro de 1988, alguns meses depois do 1º Congresso Mundial de Educação Médica aprovar por unanimidade dez postulados para uma melhor formação e maior competência profissional, que constituíram a essência da “Declaração de Edimburgo”.

2. Uma das preocupações mais prementes das instituições e dos docentes com responsabilidades no ensino médico pré-graduado era, na época, a definição de critérios de selecção anual de alunos candidatos ao 1^o ano do curso. Nas faculdades de medicina estrangeiras mais prestigiadas a selecção era (e continua ser) uma prerrogativa de cada instituição, também reiterada pela Declaração de Edimburgo. Porém, em Portugal, desde o estabelecimento do *numerus clausus*, os procedimentos estabelecidos pelo Governo para o acesso aos cursos de Medicina configuravam um complexo mecanismo burocrático em constante modificação, no qual as faculdades de medicina nunca obtiveram capacidade interventora relevante. A situação foi progressivamente agravada por pressões exteriores, em particular emanadas, directa e indirectamente, dos potenciais interessados e seus familiares, à medida que aumentavam as médias das classificações de acesso e o número de vagas disponibilizadas era insuficiente para o total de candidatos. A agravar a situação, mas eventualmente para dar satisfação a reclamações mais sectoriais, a Tutela criou o regime de contingentes especiais de acesso, pelo qual o *numerus clausus* e a nota mínima definida pelas faculdades passaram a ser flanqueados, de modo e em quantidades imprevisíveis, por candidatos de grupo etário e com capacidades académicas demasiado dissemelhantes dos que haviam ingressado pelo contingente ordinário. Em consequência destes desacertos, era comum que a relação docente/discente, bem como as condições logísticas e equipamentos planificados, estivessem desajustados das necessidades desde o iniciar de cada ano lectivo.

O conjunto de trabalhos que publiquei sobre o acesso a Medicina entre 1983 e 2003 (II.2 e II.3) reflecte sobretudo as preocupações vividas sobre um processo de selecção de jovens candidatos ao curso que não atendia às especificidades de carácter e às potencialidades mais afins ao futuro exercício da profissão médica. Aquele processo ainda hoje continua a fazer prevalecer o critério da classificação académica como método de escolha.

Entre as situações especiais de acesso referidas assumem especial relevo a dos estudantes provenientes dos países africanos de língua Portuguesa. Sendo matéria sensível e um dever de solidariedade fraterna, o apoio concedido merece um enquadramento mais robusto e rigoroso, visando a obtenção de melhores resultados. Este reparo, apesar de divulgado a diversos níveis, não obteve então (e ainda hoje não tem) o devido acolhimento. Igualmente continua muito insuficiente, senão nula, a colaboração educacional (e científica) com as faculdades de medicina daqueles países, que deveria ter um amplo e generoso suporte do Governo Português a par com a mobilização de fundos disponibilizáveis pela Comunidade Europeia.

Em anos mais recentes sobreveio o problema dos médicos imigrantes que, embora não fossem por si um constrangimento significativo quanto à capacidade institucional nem uma sobrecarga de acesso como nos casos anteriores, mesmo assim requeriam integração e acompanhamento no perío-

do de reciclagem profissionalizante (idêntico ao que estava a ser facultado aos finalistas da FML), até à obtenção de equivalência e certificação de licenciatura. Nunca foi possível promover o diálogo entre as faculdades de medicina nacionais que viabilizasse a homogeneização dos critérios de acreditação dos candidatos estrangeiros com licenciatura em Medicina obtidas nos seus países. Adicionalmente, subsistiam questões de integração profissional no Sistema Nacional de Saúde sob a responsabilidade da Ordem dos Médicos e Ministério da Saúde, cuja solução não era indiferente aos esforços desenvolvidos pela FML e outras faculdades nacionais. Por isso, fez-se o que era então possível, embora com a certeza de uma frustrante insuficiência.

O caminho aberto pela reunião de Sesimbra, a par do impulso pró-activo que gerara a nível institucional no sentido de uma mudança concreta e inovadora, esteve também na origem da criação, na FML, do primeiro departamento de educação médica em faculdades de medicina nacionais. Foi por isso natural que o novo currículo começasse a ser elaborado internamente, logo que houve conhecimento das decisões da Comissão Interministerial de Revisão do Ensino Médico (CIREM), de que o Professor Torres Pereira, então director da FML, foi um dos principais coordenadores. Os dois anos decorridos até ao começo do novo 1º ano do currículo da FML, em 1995/96, constituíram um período de reflexão intensa. (III.1). Todos os regentes das disciplinas que faziam parte do plano de curso foram convidados, por entrevista pessoal e subsequentes contactos, a exporem as suas ideias sobre as realidades então existentes, perspectivas futuras e opinião sobre a reformulação curricular prevista. Fundamentalmente, foi procurado um consenso para uma primeira definição de um núcleo curricular futuro. As informações recolhidas também clarificaram as capacidades institucionais (educacionais e científicas) na época e prospectaram as que existiriam em 2000/01, no termo dos seis anos do novo programa. Tendo em conta os espaços e equipamentos pedagógicos então disponíveis, bem como a perfil pedagógico e o tipo de vinculação contratual dos docentes à instituição, concluiu-se que as modificações curriculares teriam de acontecer pelo menos em duas fases. Primeiro, havia que assegurar medidas de apoio estrutural e garantir a funcionalidade do sistema num outro ritmo, mais conforme as directrizes de Edimburgo e da CIREM (IV); a ampliação e modernização das instalações e espaços pedagógicos, a par da diferenciação dos docentes existentes e interessados em aderir ao projecto e a contratação de outros com qualificações específicas para investigação e ensino, eram medidas urgentes, que viriam a ser concretizadas progressivamente. Previa-se que este período expansionista atingiria níveis satisfatórios até ao início do novo século, possibilitando de seguida iniciar uma segunda fase de revisão curricular mais profunda. No seu conjunto o plano estabelecido pôde ser executado com relativa eficácia graças à conjugação ímpar de uma direcção coesa, cujos mandatos perduraram por mais de uma dezena de anos consecutivos e que, nesse período, se manteve em sintonia com os restantes órgãos institucionais e com a associação de estudantes da FML (III.2).

Não se pense porém que a caminhada foi fácil. Foram muitas as dificuldades interpostas, em que a principal terá sido o alheamento governamental pelo processo, com virtual incumprimento do compromisso assumido em 1988 e reiterado quando aprovou as recomendações propostas pela CIREM em 1993. Tão lastimável período de omissões e recuos foi interrompido somente cinco anos depois, pela constituição do Grupo de Missão para a Saúde, através do qual seriam finalmente disponibilizadas às antigas faculdades de medicina nacionais os financiamentos requeridos para a activação do novo currículo. Todavia, o tempo continuou a alongar-se entre as intenções e a acção, pois que ainda hoje estão por cumprir todos os compromissos firmados pelo Governo em Dezembro de 2001, designadamente os que faziam parte do plano de desenvolvimento estratégico e formação em Medicina da FML, para o período de 2000 a 2006 (II.1, II.1, III.2, III.3).

A construção do novo edifício (depois designado de Egas Moniz), pelo que a FML ansiava desde o princípio da década de oitenta, viria a ser finalizada em 2001, decorrendo a sua inauguração somente três anos depois (por impedimentos diversos de responsabilidade extra-institucional, ainda hoje por entender). Embora com cerca de quatro anos de atraso relativamente ao que fora programado, a partir do ano lectivo de 2004/05 a FML pôde dispor de espaços condignos para a formação e investigação, após ter estado constrangida durante mais de meio século em instalações reduzidas, ainda com a traça original, e equipamentos insuficientes e ou desactualizados. A deslocação de aulas e laboratórios das áreas básicas para o novo edifício, permitiu, finalmente, iniciar a recuperação dos espaços antigos, em benefício directo das áreas pré-clínicas e clínicas (IV).

A preparação do novo currículo assentara num conjunto de finalidades essenciais. Primeiro, entendeu-se que cumpria à FML estabelecer níveis de objectivos de competência específica e cultural, entre os conhecimentos, desempenhos e atitudes que os estudantes deveriam atingir antes da conclusão do curso. Em segundo lugar, para aquele propósito deveria a FML desenhar actuações e congregar meios que permitissem a concretização daqueles objectivos.

Entre outros aspectos inovadores da planificação do novo currículo, possibilitados pelos condicionalismos referidos até 2004, merecem destaque a inclusão das áreas optativas de ensino (teórico, teórico-prático, laboratorial e clínico), prática clínica profissionalizante e investigação científica, a impregnação conceptual do ensino pela ciência, o fomento da formação de docentes e a definição e activação do 6º ano do curso como exercício profissionalizante. As áreas de opção curricular, inicialmente limitadas ao último ano do curso, expandiram-se e diversificaram-se em várias dezenas de temáticas, distribuídas por cada ano do novo programa, pelas quais foram os alunos expostos a situações técnicas, sociais e clínicas diversificadas (III.5). Foi incentivada a participação de alunos em estágios e projectos de investigação (básica, clínica ou epidemiológica) (III.1, III.5).

A formação de docentes, que previa duas vertentes (a diferenciação e progressão académica e a preparação pedagógica), teve resultados limitados nesta última, atribuíveis principalmente à insuficiente vinculação dos termos contratuais à obrigatoriedade de actualização pedagógica (III.7). É de acentuar que a pouca preparação pedagógica dos docentes médicos (recrutados em quantidades crescentes entre licenciados sem formação médica ou clínicos recém licenciados, à medida que aumenta o número de alunos matriculados), tem sido apontada como uma das principais causas de erosão do ensino médico contemporâneo, requerendo por isso uma solução inadiável. Em contrapartida, a capacidade de formação pós-graduada intensificou-se, em grande parte por via da abertura institucional a colaboradores e formandos não-médicos, e do suporte financeiro concedido pelo Governo para programas de formação e desenvolvimento científicos. A propósito, são apresentados alguns comentários sobre os constrangimentos que, num período anterior, muito afectaram a investigação na área da Medicina (I.3).

O 6^o ano profissionalizante constituía um aos objectivos cruciais da 1.^a fase da revisão curricular da FML. Houve particular cuidado institucional na sua preparação e subsequente dinamização, que também requereram uma grande abertura de espírito por parte dos docentes e alunos. De facto, além de se substituir completamente as aulas formais pelo exercício prático em seis grandes áreas clínicas, era a primeira vez que a FML abria os “muros” para confiar a formação clínica profissionalizante dos seus alunos a médicos e unidades de saúde não académicos, durante períodos prolongados. O projecto veio a ter adesão maciça e entusiástica da maioria dos alunos e a adesão (protocolada) de dezenas de hospitais e centros de saúde (da Grande Lisboa, sul do País e Ilhas) e de centenas dos seus clínicos e pessoal paramédico (III.4). A reorganização do 6^o ano veio a resultar igualmente na dos anos clínicos precedentes, necessariamente reformulados em grandes áreas, articuladas entre si e com as do estágio profissionalizante (III.6).

O desenvolvimento do novo programa curricular, em conjunto com as modificações de apoio estrutural e funcional sucessivamente estabelecidas, foram, desde 1994/95, objecto de constante e cuidadosa autoavaliação anual e avaliação externa (nacional e internacional), esta em períodos predeterminados pela Reitoria e ou Tutela. Algumas constatações anteriores sobre deficiências de aproveitamento no ensino por uma fracção diminuta de alunos inscritos dariam origem a mecanismos correctores que se mantiveram, melhorados, no novo programa (III.8).

A intensificação dos sinais de mudança na Sociedade em geral e na Universidade em particular (I.1) tornou mais e mais premente a reorientação da formação médica para novas exigências em cuidados de saúde e novos horizontes, socioeconómicos, e outros, cuja rapidez de instalação e ou evolução também requerem uma profunda e continuada adaptação de todo o sistema de

formação médica (I.1, I.2, I.3, V). A Sociedade e as estruturas emergentes que se propõem promover ou já intervêm activamente em redes de assistência médica e na prestação de cuidados de saúde, exigem do seu pessoal médico novas atitudes e outras capacidades de desempenho técnico, em que uma das primazias atende à satisfação dos consumidores. Acresce que a expansão e diversificação tecnológicas, juntamente com as dos sistemas de informação e comunicação e, ainda, a implantação de novos conceitos de gestão em saúde estão a gerar fortes pressões sobre a formação médica pré-graduada, incitando os responsáveis pelas faculdades de medicina a desencadear profundas alterações de actualização e reorientação curriculares. Os constrangimentos organizacionais e de gestão são dois dos mais importantes motivos invocados para a drástica redução dos períodos de mandato dos directores das faculdades norte-americanas integradas em centros académicos de saúde.

Estudos internacionais recentes tendem a concluir que, mais do que modificar os conteúdos das ciências básicas ou clínicas, prevalecem como objectivos essenciais de consolidação ou mudança curriculares os que contribuam para a formação de médicos multifacetados, receptivos e mais sensíveis a situações de índole social e de comunicação humana, aptos a actuarem na comunidade e junto às populações, sendo de pouco interesse a formação de clínicos cientistas. Por essa razão, o movimento de implantação do Processo de Bolonha no ensino, embora seja útil pela homogeneização (ou certificação formal) dos sistemas de formação médica e incitar à mobilidade profissional no Espaço Europeu, poderá não alcançar os objectivos referidos durante um período inicial relativamente prolongado, enquanto um conjunto de características comuns e padrões de qualidade comparável (incluídos nas recomendações recentes da WFME Task Force on Defining International Standards in Basic Medical Education, aprovadas pela World Federation for Medical Education, em Outubro de 1999) não estejam definidos e funcionais em todos os países integrantes, além de merecerem a concordância formal das instituições nacionais e comunitárias que regulam a prática médica. Portanto, será de elementar prudência que as instituições médicas responsáveis pela formação e pelo exercício da Medicina acompanhem a dinâmica daquele desenvolvimento com particular cuidado, pelo significado e consequências das modificações a serem introduzidas, as quais, além de poderem restringir o âmbito e procedimentos específicos do sistema de aprendizagem médica actualmente em uso, serão eventualmente insuficientes para as necessidades de mudança e para a versatilidade requerida na formação clínica e nos futuros modelos de prestação de cuidados de saúde (I.1, I.2).

Passado e futuro interligam-se por um historial de realizações e pelo exemplo dos seus membros mais destacados (VI). O notável clínico norte-americano William Osler (1849-1919) afirmou um dia que o futuro pertence à Ciência. Porém, ainda que a profissionalização seja modernizada em fun-

ção do progresso da Ciência e das modificações da Sociedade (V), não pode nem deve perder o vínculo a um passado de conquistas intelectuais e humanísticas em que se alicerça o presente e se prepara esse futuro.

Na realidade, a finalidade última das faculdades de medicina contemporâneas não diferirá muito das primeiras escolas, que era e continua a ser a de ensinar Medicina e formar futuros médicos. O que se alterou (e muito) foram as diversificadas circunstâncias (científicas, tecnológicas, de organização e gestão institucionais, socioeconómicas, entre outras) que progressivamente se instalaram e que, em constante evolução, são factores de pressão continuada e de novas exigências sobre o modelo de formação médica. Perante esta situação, agudizada quase a um ritmo diário, as faculdades de medicina terão de enfrentar procedendo a ajustamentos intercalares constantes, em simultâneo com a rejeição do que é alheio à sua missão, para que o seu objectivo global e principais vectores (o ensino e a investigação) possam ser preservados.

Todavia, os problemas são apercebidos lentamente e as instituições requerem tempo para os reconhecer e gerarem respostas adequadas. Deste modo não parece demasiado antecipar as novas situações, oportunidades e respostas quando esses problemas mal se vislumbram ainda, o que significa, no mínimo, planear o futuro institucional com 10 a 15 anos de antecedência.

A mudança, qualquer que seja, é um processo difícil, particularmente quando envolve instituições antigas, imbuídas de um passado muito personalizado e ciosas das suas tradições, como são as academias. Por vezes mais parece que o descontentamento não passa das palavras, pois que, em termos reais, são ignoradas as boas e más experiências anteriores e as consequências conhecidas, enquanto a adesão aos novos projectos de mudança pode não existir ou esmorecer rapidamente. Este posicionamento poderá explicar que as mudanças pretendidas (em educação médica e em cuidados de saúde), amadurecidas e ponderadas por um amplo leque de intervenientes conhecedores da matéria, que possibilitariam enfrentar com segurança e eficácia os novos desafios, tendam a afigurar-se aos *Trabalhos de Sísifo*. Tal como neste mito, em que a pedra que Sísifo empurrava pela montanha acima nunca chegava ao seu cume, também o processo de reforma curricular empreendida pela FML e restantes escolas médicas mais antigas, seguindo as orientações da CIREM e aprovadas pelo Governo em 1993, acabou por não atingir os seus objectivos essenciais, por força de novos obstáculos, novos protagonismos e um amplo conjunto de justificações para a inépcia, quiçá uma mistura de muita acomodação, resistência à mudança e de um sem-número de perspectivas estranhas ao processo.

“Porém ela move-se”

J. Martins e Silva

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

