

EDUCAÇÃO MÉDICA PEDIÁTRICA

Modelos de Escola Médica

JOÃO GOMES-PEDRO

Resumo

Os modelos representam anseios de confrontação cultural a requererem criatividade que cada escola assume face à interpretação que faz dos indicadores que, por sua vez, cada ecossistema cultural vai revelando e implicando.

Faz-se uma trajectória histórica em que se inscrevem os determinantes de quatro modelos de Escola Médica, símbolos dos referidos anseios de mudança.

Infere-se da perspectiva feita sobre o quarto modelo a necessidade de uma revisão atempada do currículo pré-graduado, face às necessidades de uma sociedade em rápida mudança.

Palavras-Chave: Modelo; Mudança; Faculdade de Medicina; Educação Médica.

Summary

Medical School Models

Models represent expectations of cultural confrontation and require the creativity of each school to interpret markers, revealed and implied by each ecosystem.

A historical overview, in which the determinants of four Medical School models are inscribed, is carried out, symbolizing this need for change.

According to the fourth model, a timely revision of the pre-graduate curriculum is imperative, due to the needs of a rapidly changing society.

Key-Words: Model; Change; Faculties of Medicine; Medical Education.

Creio que, de certo modo, a súmula do desenvolvimento intelectual que este tema tão complexo merece terá sido avançada na nota de abertura com que os organizadores dum simpósio sobre Educação Médica encabeçaram o enunciado do programa nessa reunião universitária, recentemente acontecida.

Repare-se no enunciado. Cito: «*Temos de preparar profissionais competentes, atentos e dedicados, capazes de contribuírem para o bem-estar individual e social. Só assim serão credíveis e se sentirão integrados na sociedade em que vivem*».

Entendo que os modelos da Escola Médica que sucessivamente, ao longo da história, se vão conjecturando não são mais do que adaptações institucionais às expectativas e necessidades da sociedade a que as Escolas pertencem.

Os modelos, assim, não seriam mais que anseios de confrontação cultural a requererem a arte de uma criatividade que cada Escola assumiria face à interpretação que faz dos indicadores que cada ecossistema cultural vai revelando e implicando.

Creio que a história e a antevisão de um futuro a médio prazo consubstanciam o constructo.

Do passado ao futuro, reflectindo no presente, visiono, neste contexto, quatro modelos de Escola Médica, identificando, com alguns deles, toda a experiência e expectativa que tenho vivido na Educação Médica.

Equacionarei, assim, os quatro modelos que moldaram as minhas vivências de Educação Médica, perspectivados na distância do tempo.

O primeiro modelo corresponde à Medicina convencional e empírica da era pré-Flexiriana que terá tido o seu auge nos finais do séc. XIX e que, de certo modo, inspirou o exercício clínico que tive o privilégio de desfrutar, vendo e ouvindo os múltiplos testemunhos veiculados pelo meu pai.

Adorava ouvir as histórias que o meu pai me contava, ainda muito antes de eu entrar na Faculdade de Medicina de Lisboa, decerto motivadoras de uma orientação vocacional que, inequivocamente, fui desenvolvendo.

Muitas dessa histórias eram reportadas a alguns dos mestres do meu pai e identifico-as hoje como expressões vividas da Educação Médica paradigmática deste primeiro modelo de Escola Médica.

A Semiologia representava, neste modelo, a expressão de atitude e de gesto emblemático no exercício desta Medicina.

Os rasgos educacionais bem retratados em meia-dúzia das histórias que o meu pai sabia repetir sempre de uma forma nova, porventura por si recriadas, eram manifestamente dependentes do sortilégio e da arte de alguns dos mestres de então, testemunhos no tempo de uma Educação Médica representativa de, pelo menos, três séculos.

Sobre este primeiro modelo, conhecemos hoje melhor as reacções que foi suscitando e que deram depois lugar à mudança que Flexner ⁽⁵⁾, de facto, protagonizou.

Em 1876, o famoso cirurgião alemão Theodor Billroth⁽³⁾ terá antecipado de quase um século algumas das recomendações que nas nossas reuniões actuais de Educação Médica são constantes revisitações.

Billroth foi, de facto, o primeiro a chamar a atenção para a importância da forma e do método pedagógicos, sobretudo quando o ensino era dirigido a grupos maiores de estudantes.

A este propósito e por coincidência no mesmo ano, só que, desta feita do outro lado do Atlântico, Bayard Holmes (6) discursaria assim no banquete inaugural da Clínica Médica de Chicago:

«Apesar dos avanços indiscutíveis em Educação Médica, nestes últimos anos, nos E.U.A., ainda é doloroso constatar que os métodos de ensino de muitos dos nossos colegas são desprovidos de qualquer filosofia e que os meios de comunicação são lamentavelmente inadequados».

Ainda no mesmo ano, em editorial do J.A.M.A., podia ler-se: *«É evidente que se constata um sentimento de insatisfação e de ansiedade nos professores mais conscientes que procuram melhores métodos de ensinar a Medicina».*⁽⁷⁾

O método terá sido, de certo modo, a grande preocupação, motor da mudança que o virar do século protagonizou o que ficou bem expresso no discurso que o Presidente da A.A.M.C. (Associação das Faculdades de Medicina Americanas) proferiu em 1901 quando da reunião anual daquela Associação: *«Não tenho dúvidas que a perspectiva de trabalho desta Associação, para o futuro, virá a ser a linha educacional. Devemos introduzir melhores métodos de ensino e temos de estudar Pedagogia Médica».*⁽²⁾

Foi assim, centrado no método, que Flexner protagonizou a mudança que identifiquei como a viragem para o segundo modelo da Escola Médica.

A inspiração deste segundo modelo foi, significativamente, a necessidade de uma fundamentação científica, nomeadamente, também, educacional.

Na projecção desta constatação, Flexner⁽⁵⁾, em 1910 (marco histórico deste segundo modelo), apresentou o «Report em Medical Education» onde advogou que os docentes médicos deveriam ser responsáveis por um outro tipo de ensino a par de um investimento na investigação afim.

Flexner, influenciado pela teoria educacional de Dewey, propunha um ensino-aprendizagem centrado na demonstração prática – *«learning by doing»*. Flexner defendia, assim, uma aprendizagem clínica essencialmente prática inspirada num anseio de base científica, estruturado num contexto universitário.

Neste segundo modelo, que julgo dever ser, em muito, identificado com as propostas de Flexner, estava inequivocamente antecipado o que viria a ser, mais tarde, denominado de integração horizontal e vertical do ensino médico, integração essa documentada, sobretudo, por uma maior ligação entre o Laboratório e a Clínica.

Em digressão na Europa, Flexner protagoniza, então, a consubstanciação da mudança através da aproximação entre a estratégia alemã (mais científica) e a metodologia britânica (mais clínica).

Em Portugal, o movimento de mudança é, inequivocamente protagonizado pela denominada «Geração de 1911» que marca, de facto, o início de uma renovação dos estudos médicos na Escola Médica de Lisboa.

Os médicos da «Geração de 1911» demarcam-se também no passado através de uma intervenção operacional marcada pela preocupação científica, pelo rigor clínico e, também, pela necessidade de transformação educacional.

Columbano, símbolo, por sua vez, de uma nova ordem nas Artes, identifica-se com os arautos desta geração médica que pugna pela mudança exprimindo nos seus quadros um desejo de inovar, uma independência de Escola, um outro rigor de experiência e, por sua vez, um paralelo deslumbramento pela Europa do génio onde, entre outros, Picasso se afirmava como protagonista e paradigma de um outro modelo de expressão cultural.

A procura de uma identidade de coerência em Educação Médica é bem protagonizada pela incessante procura da sua própria identidade que, por exemplo, Picasso testemunha nos seus sucessivos auto-retratos.

Os anos 20, 30 e 40 representaram a consolidação duma real nova ordem de valores, em Educação Médica.

Vários testemunhos, principalmente norte-americanos, confirmam o que interpreto, de facto, como a sedimentação de um movimento imparável.

Irving Cutter⁽⁴⁾, Director da Faculdade de Medicina de Northwestern, escrevia, assim, em 1930: *«Em qualquer Faculdade, só 5% dos Professores terá, provavelmente, capacidade natural para ensinar. Porém uma muito maior percentagem poderá tornar-se num grupo de excelentes professores mediante a aplicação de meia dúzia de princípios elementares de Pedagogia».*

Num outro contexto, Russel Oppenheimer⁽⁹⁾ defendia o estabelecimento de critérios de exigência para a selecção de Professores das Faculdades de Medicina. Escreve assim Oppenheimer no Relatório final de uma Comissão Nacional de Educação Médica, em 1932: *«Presentemente, a capacidade em ensinar não está contemplada nos critérios de selecção do pessoal docente de muitas das Faculdades de Medicina e, de facto, presta-se pouca atenção à habilitação dos Professores de Medicina na arte de ensinar».*

Um ano depois, William Reid ⁽¹⁰⁾, Professor de Cardiologia em Boston, depois de constatar, com humildade, o fracasso efectivo das suas aulas (julgadas antes como boas por ele próprio) através da constatação da preparação dos seus alunos, quando, depois, passaram a ser os seus internos, decidiu-se a escrever um livro sobre Educação Médica que veio a merecer do J.A.M.A., a seguinte referência: «*É gratificante ver que alguém tem a coragem de escrever, pela primeira vez, um livro sobre o modo de ensinar Medicina*».

Entretanto, em Portugal, um Decreto-Lei (de 10 de Maio de 1930) viabiliza a possibilidade das Faculdades de Medicina poderem organizar o seu próprio ensino e terá sido significativo que, no seu preâmbulo, se possa ler: «*Enquanto as condições do Tesouro não permitirem dotar, devidamente, estes estabelecimentos, de modo a que o pessoal se possa consagrar exclusivamente ao Ensino e à Investigação, pode afirmar-se que a verdadeira reforma dos estudos médicos não estará feita*».

Nos referidos anos 30 e 40, na Europa, desenvolveram-se em quase todas as Faculdades, os meios que já iam garantindo novos métodos e novas técnicas, porventura ainda sem a reforma estrutural que só os últimos anos do nosso século presenciaram.

Aitken ⁽¹¹⁾, Professor na Faculdade de Medicina de Aberdeen, terá dado o tom em termos de determinantes de um outro modelo quando escreveu, assim, em 1945: «*Ensinar é uma Arte e seria estranho e raro que, entre as outras Artes, não fosse possível investigar a sua técnica para melhorar o seu desempenho*».

Nesta ordem de ideias, a década de 50 representa o despontar de um novo modelo de Escola Médica em que identifique alguns dos seguintes marcos significativos:

Em 1950, Lawrence Slobody ⁽¹¹⁾, Professor de Pediatria no New York Medical College, denunciava publicamente que a Educação Médica não acompanhava o progresso verificado em todas as restantes Disciplinas Médicas, defendendo então, que os princípios da Educação Médica deveriam ter a mesma relação com o Curso de Medicina tal como as Ciências Básicas o têm com a Medicina Clínica.

Curiosamente, Slobody, propunha então, que as Faculdades de Medicina deveriam exigir o grau de Mestrado em Educação Médica a todos os candidatos a Docentes, grau esse que as Faculdades providenciaram e administrariam.

1955 é o ano em que é publicado o Projecto de Educação Médica da Universidade de Buffalo, marco universal da Educação Médica porquanto sustenta, entre outros, o papel decisivo da investigação em Educação Médica.

Os anos 50 marcam ainda as primeiras referências efectivas de propostas de criação de Departamentos de Educação Médica nas Faculdades de Medicina e, tam-

bém, as primeiras preocupações escritas dos doentes médicos sobre a multiplicação incessante de dados de informação médica.

É com base nestes determinantes que situo o referido terceiro modelo de Escola Médica identificando em toda a segunda metade deste século, ou seja, até ao momento presente, a verdadeira institucionalização de uma verdade científica, na Educação Médica.

São testemunhos expressivos deste modelo as projecções metodológicas de que é exemplo o P.B.L. e que representam a tentativa de adaptação de muitas Faculdades de Medicina de todo o mundo face aos determinantes evocados.

No IX Congresso de Educação Médica Nacional, realizado recentemente em Lisboa, pudemos ter a oportunidade de ouvir os relatos destas experiências que representantes de algumas Escolas Médicas famosas que lideraram o exercício desta autêntica reforma nos vários cantos do mundo.

A «Agenda for Action», publicada pela O.M.S. em 1992 documenta, historicamente, o sinal que, para mim, dá a indicação da viragem para um outro modelo de Escola ⁽⁸⁾.

Neste documento, a O.M.S. sustenta, de certo modo, que a Educação Médica só tem sentido em termos da sua projecção nos indicadores de Saúde e, nesse contexto, defende a evidência de não ser possível arquitectar reformas de Saúde sem uma efectiva e correspondente reforma da Educação Médica.

Novos determinantes marcam a exigência de um novo modelo de Escola, com o qual, também sonhamos.

Neste novo modelo, que chamarei de quarto, mais que a motivação para uma nova etapa científica no domínio da Educação Médica, o que o inspira será, a meu ver, a necessidade de uma formação clínica adaptada às novas necessidades de uma Sociedade em rapidíssima mudança.

Nesta mudança, muito condicionada pelo stress, pela violência, pelas novas morbilidades, pelas novas necessidades do Homem, sobretudo quando doente, é notória a carência de uma nova ordem humanizadora e de atenção aos riscos, às emoções, às vulnerabilidades, enfim, à natureza afectiva e relacional que condiciona todo o comportamento humano.

É, nesta intenção, que reencontro as palavras inspiradoras do Simpósio que referi no início deste escrito.

A Prática clínica tem evoluído extraordinariamente neste século em que nos formámos e em que aprendemos a formar outros. Nesta medida, acredito que o epílogo da nossa carreira irá corresponder a uma mudança ainda mais célere e dramática na medida do reconhecimento das novas necessidades do mundo em que os nossos formandos vão viver, fruto de uma real transformação

que, em cada dia, ultrapassa os limites da nossa própria adaptabilidade.

Nesta transformação deverá estar incluída a noção de multiplicação exponencial dos novos dados científicos a exigir, também, uma constante e renovada adaptação informática e telemédica.

Em paralelo com esta realidade, as redes Net fornecem às pessoas uma informação enorme que é trazida, juntamente com as queixas, ao médico, quando de cada consulta.

O desafio é o desta transformação e tentarei, nesta oportunidade, formalizá-lo antecipatoriamente, atrevendo-me a imaginar algumas projecções dum cenário que é global.

No novo mundo em que vão viver e actuar os nossos colegas mais novos, a interdependência tecnológica e comunicativa, vai induzir tendências para a homogeneização de ideias, de informações e de desempenhos.

Estas tendências vão confrontar-se com as tentativas de sobrevivência das várias culturas, das reivindicações sociais e das solicitações individuais que confundirão resiliências com desempenhos.

A luta pelas diferenças em religião, em cultura, em raça, em competências adequadas vai ter palco na competição pelo emprego, pela promoção, pela projecção, direi até, pela sobrevivência.

Através da teleinformática passaremos a ter dificuldades em saber discernir o tempo e o espaço numa comunicação total entre Tóqui e Castelo Branco. Absorvidos no cognitivo participado numa telemedicina, a nossa intervenção vai ser desafiada por um outro jogo de emoções que operam no nosso ser num outro ritmo e numa outra cadência o que pode gerar assintonias e anticontingências nos desempenhos operativos.

A investigação que gera o progresso do conhecimento médico está hoje centrada na biologia molecular. Os Conselhos de Ética nas universidades e nos hospitais tentam acompanhar os desafios daqueles progressos de investigação genética e de engenharia molecular.

Porém, em termos de prática clínica, as novas morbidades exigem outras dimensões formativas.

As novas doenças são as do comportamento e as das desadaptações demográficas.

O controlo da sida, das resistências aos antibióticos, da tuberculose, da malária, das tóxico-dependências, são e serão cada vez mais desafios à nossa capacidade de criar novas estratégias preventivas e de promover outro modo de comunicação interpessoal de modo a garantir mais motivação em função das forças individuais e contrabalançar as fragilidades e os riscos.

A Medicina é hoje cada vez mais internacional mas o sucesso clínico opera-se cada vez mais nas diferenças a identificar em cada pessoa.

A Medicina clínica tem de ser ensinada e aprendida no contexto duma evidência científica e em função de alvos de bem-estar, constantemente revisitados.

De curadores passámos a cuidadores e, num futuro breve, teremos que passar a ser, fundamentalmente, zeladores desse bem-estar.

Zelar pelo bem estar de cada um, num novo modelo de Educação Médica que identifiquei como o quarto, exige uma prática clínica pró-activa baseada em novos critérios que exigem, por sua vez, novos desempenhos.

Foi neste contexto e na circunstância de uma revisão curricular na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, que propusemos e efectivámos uma oportunidade de motivação para os futuros médicos nesta área, numa fase precoce e sensível da sua formação médica que é a do primeiro ano do seu programa curricular no curso de Medicina.

Esta oportunidade foi concretizada sob a forma de uma nova disciplina intitulada «*Introdução à Medicina*».

Nesta disciplina, quisemos basear a nossa oportunidade pedagógica num envolvimento do estudante tendo em vista uma motivação para a responsabilidade e para um alerta face à identidade cultural, fundamento das diferenças e das forças nas pessoas e nos grupos.

Nesta oportunidade, os nossos alunos dialogam com antropólogos, sociólogos, teólogos e poetas e em termos práticos visitam creches, jardins de infância, lares de idosos, prisões e serviços de apoio a deficientes e a tóxico-dependentes, só como exemplo.

Este é o substracto do referido quarto modelo de Escola face ao modo como penso deverem ser encarados os novos desafios da Educação Médica.

Neste modelo, o ensino-aprendizagem da atitude pediátrica, pode ter logo início, no primeiro ano do programa curricular.

Tentei fazer o enquadramento histórico-social da evolução das transformações educacionais que motivam e determinam a construção filosófica dos novos modelos que, por sua vez, inspiram os novos modelos de formar médicos.

Na análise histórica é possível, creio eu, a leitura pessoal do que foi um passado vivido e partilhado.

Em função do futuro, sendo já de maior responsabilidade a predição, espero que esta leitura obtenha o consenso que a nossa expectativa fantasia.

BIBLIOGRAFIA

1. AITKEN RS. The teaching of Medicine. *Lancet* 1945; 225 (2).
2. ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. President's Allocation. In: Sanazaro P. The renaissance of AAMC interest in Medical Education. *J Med Educ* 1964; 39: 229-31.
3. BILLROTH T. Lehren und Lernen der Medizinischen Wissenschaften. In: Billroth T. The Medical Sciences in German Universities. New York: Mac Millan, 1924.

4. CUTTER I. The school of Medicine. In: Kent RA, ed. Higher Education in American. Boston: Ginn, 1930.
5. FLEXNER A. Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Bulletin No. 4. Boston, Mass: Updyke, 1910.
6. HOLMES B. The progress of Medical Education. JAMA 1899; 33: 1567-70.
7. J.A.M.A. EDITORIAL. Methods of Medical Instructions. JAMA 1982; 18: 83.
8. O.M.S. REPORT. Education on Primary Health Care in Undergraduate Medical Education, 1983.
9. OPPENHEIMER R. What should the teacher keep in mind in the instruction of medical students? *Assoc Am Med Coll* 1934; 9: 360-65.
10. REID WD. Teaching methods in Medicine: the application of the philosophy of contemporary education to Medical School. Newton, Mass., 1933.
11. SLOBODY LB. How to improve teaching in Medical Colleges. *J Assoc Amer Med Coll* 1950; 25: 45-49.