

EDUCAÇÃO MÉDICA PEDIÁTRICA

Projecto de Ensino-Aprendizagem da Pediatria * (Pré-Graduação) (Avaliação da Qualidade) IV.ª Parte

JOÃO M. VIDEIRA AMARAL

*Departamento de Pediatria
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa*

Resumo

Neste trabalho, dividido em 4 partes, descreve-se um projecto de ensino-aprendizagem de Pediatria à luz do novo Plano Estudos da FCM/UNL aprovado em 1996. Considera-se idade pediátrica o período desde a concepção até ao fim da adolescência e é dada ênfase à inserção da criança e adolescente (saudáveis, de risco, ou com patologia), na sua família e comunidade, propondo como locais de prática clínica instituições extra-hospitalares para além do clássico ambiente hospitalar. De referir que houve a preocupação de obedecer às grandes linhas gerais da «Declaração de Edimburgo» e da 'Iniciativa de Lisboa».

Na 1.ª parte fez-se referência ao processo de ensino-aprendizagem, aos objectivos educativos, e a aspectos organizativos.

Na 2.ª parte foi feita a abordagem da metodologia e dos recursos.

Na 3.ª parte abordou-se o conteúdo do programa.

Na última parte aborda-se a problemática da avaliação discutindo-se, alguns aspectos que poderão comprometer a exequibilidade do novo plano de estudos.

Palavras-Chave: Pediatria; Ensino-Aprendizagem; Criança e Adolescente; Centros Extra-Hospitalares.

Summary

This paper, comprising four parts, underlines the basic conditions with the aim at organizing an undergraduate teaching-learning programme on Pediatrics according to the recent study plan guidelines approved last 1996.

In this project the so called pediatric age is concerned with the period from conception through adolescence; emphasis is given on the infant, child and adolescent (either healthy, at high risk or as a patient) integrated in their family and community. Besides the hospital for training, other extra-hospital centres for care are proposed.

Goals and objectives of undergraduate medical education in relationship with Pediatrics as defined by the documents, the «Edinburgh Declaration» and the «Lisbon Initiative» were taken into account.

In part one the following topics were developed: learning-teaching process, educational objectives, organization.

Part two was related to methods and resources.

In part three the programme-content was described.

In this last part the proposal of evaluation for learning and for teaching is reported and, at last a discussion is made concerning namely some issues that might compromise the implementation of the recent studies plan and the student's educational process.

Key-Words: Pediatrics; Teaching-Learning; Infant; Child; Adolescent, Extra-Hospital Centres.

* Texto adaptado do Relatório Pedagógico apresentado nas Provas de Agregação.

VIII – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ENSINO-APRENDIZAGEM

Avaliar significa determinar valor ou apreciar de acordo com um padrão ou instrumento de medida^(1, 2). Genericamente o instrumento de medida deverá possuir três requisitos essenciais:

1. Validade ou especificidade

Este requisito implica que se avalie especificamente o que se deseja avaliar; por exemplo, o conjunto de conhecimentos será objecto de provas de valorização com o apoio da memória, enquanto a capacidade de inteligência poderá ser apreciada através da resolução de novos problemas.

2. Fiabilidade ou Reprodutibilidade

Este requisito refere-se à constância com que o instrumento avalia determinada variável. Considera-se que determinado exame é fiável quando, ao ser efectuado repetidamente em condições similares, se obtêm resultados estáveis ou coerentes.

3. Objectividade ou não futilidade

Considera-se que determinado exame é objectivo quando aprecia capacidades adequadas aos objectivos definidos; ou seja, quando se verifica acordo entre os dados colhidos por diferentes examinadores⁽³⁻⁶⁾.

Assim, a avaliação da qualidade numa escola (ou de um programa educativo) poderá ser julgada em diversas perspectivas. De acordo com Donabedian, os parâmetros a considerar são a estrutura (recursos), o processo (ensino concretizado pelos docentes tendo como base o programa), os resultados (aprendizagem pelos alunos) e o impacto (actividade profissional dos ex-alunos)⁽⁷⁾.

De facto, as questões práticas que emergem destes princípios básicos são as seguintes:

- Estarão os alunos satisfeitos com o ensino ministrado?
- Estarão os docentes satisfeitos com o ensino que ministram e com a aprendizagem dos alunos?
- Qual o sucesso profissional dos ex-alunos, neste caso os alunos de Pediatria?
- Qual o grau de satisfação da comunidade, com os profissionais, ex-alunos?⁽⁸⁾

Analisaremos em relação com tais questões os seguintes parâmetros:

I) Recursos

Relativamente a este parâmetro, uma vez implementado o nosso projecto, propomos que no fim de cada ano lectivo, se verifique se os recursos humanos e materiais a que aludimos noutra capítulo, se adequam em qualida-

de e quantidade às necessidades de aprendizagem dos alunos.

II) Ensino

A avaliação do ensino numa escola ou numa determinada disciplina corresponde, afinal, à apreciação do chamado processo de produção da mesma, tendo como intervenientes principais o conteúdo do programa e os seus mediadores (os docentes), de acordo com instrumentos de medida ou o padrão (os objectivos educativos)⁽⁹⁻¹²⁾.

As funções inerentes aos Conselhos Directivo, Pedagógico e Científico supervisionando as actividades dos docentes, constituem uma metodologia clássica e já instituída, de avaliação do ensino com a finalidade de garantir a sua qualidade.

Os programas educativos e sua concretização poderão também ser avaliados por meio de questionários anónimos feitos, quer aos alunos, quer aos jovens médicos e seus tutores durante o período de actividade já profissional⁽¹³⁻¹⁵⁾.

A comunicação directa entre docentes e alunos poderá, tal como os questionários anónimos, fornecer elementos para avaliar o ensino, detectando eventual insatisfação dos alunos e deficiências merecendo correcção^(16, 17).

Nesta perspectiva, propomos que tal metodologia seja implementada e institucionalizada no âmbito das disciplinas de Propedêutica / Patologia / Clínicas Pediátricas pressupondo, para maior rentabilidade, idêntico critério noutras disciplinas.

III) Aprendizagem

A avaliação da aprendizagem no sentido mais amplo corresponde à apreciação do resultado da actividade de uma escola ou de uma disciplina específica (número de sessões e de horas de ensino), estimando o número de alunos que adquiriram formação, o que é que aprenderam e com que custos⁽¹⁸⁾.

A avaliação da aprendizagem dos alunos não constitui tarefa fácil. Ela consiste em verificar se os objectivos educativos foram atingidos e se, entre o início e o fim do curso houve aquisição de conhecimentos, atitudes e aptidões.

Trata-se, portanto, de apreciar dois tipos de adequação – intrínseca (ou seja, adequação dos comportamentos do aluno aos objectivos educativos) e extrínseca – também chamada pertinência – (a adequação dos objectivos educativos às necessidades que condicionaram os referidos objectivos, ou seja a capacidade de os recém-formados médicos aplicarem a aprendizagem à situação profissional que os espera). A definição de objectivos específicos observáveis e mensuráveis facilita muito a ava-

liação do grau em que os objectivos educativos foram atingidos ⁽¹⁹⁾.

Existe, no entanto, uma dificuldade relacionada com a circunstância de alguns objectivos serem difíceis de observar e medir no que respeita nomeadamente a aptidões e atitudes. Outro aspecto limitativo a considerar na avaliação da aprendizagem relaciona-se com a possibilidade de, aos conhecimentos, aptidões e atitudes demonstrados, cabal ou satisfatoriamente, no ambiente escolar, corresponderem dificuldades na sua aplicação profissional ⁽²⁰⁾.

Assim, em conformidade com os objectivos educativos que formulámos, propomos que a avaliação da aprendizagem no termo de cada ano lectivo seja realizada na base de:

- 1) Avaliação contínua
- 2) Prova escrita de avaliação de conhecimentos (área cognitiva)
- 3) Prova oral (opcional nos 4.º e 5.º anos e obrigatória no estágio do 6.º ano incluindo o período de opção)

1) Avaliação contínua

Nesta alínea, procurar-se-á, através dos assistentes, avaliar essencialmente os domínios das capacidades técnicas e das atitudes pela observação directa do desempenho de actividades concretas, em situações reais.

Deverá basear-se nos seguintes critérios:

	Pontuação
• Caderno de aptidões, assiduidade e pontualidade (0 a 3)	_____
• Participação e integração na equipa (0 a 2,5)	_____
• Relações humanas (Colegas/criança/família/pessoal) (0 a 2,5)	_____
• Conhecimentos teóricos (0 a 6)	_____
• Elaboração da história clínica perante o docente (0 a 6)	_____
(Pontuação total - 0 a 20)	_____

2) Prova escrita de avaliação de conhecimentos (área cognitiva)

Deverá ser realizada de acordo com o seguinte modelo:

- Questionário
- 30 perguntas de tipo escolha múltipla, resposta curta e espaços em branco para preencher (0 a 10)
- 10 perguntas encadeadas com dois casos clínicos, apresentados de forma resumida com introdução (0 a 10)

Com este tipo de prova assegurar-se-á o critério de uniformidade (o mesmo tipo de questões para todos os alunos), variedade de temas e objectividade (pressupondo a definição de limiar de admissibilidade) (Pontuação de 0 a 20).

3) Prova final oral

Nesta prova o aluno será examinado por dois docentes, um dos quais será o assistente que acompanhou o aluno durante o curso prático/prática clínica.

Propomos que, nesta prova, o aluno seja confrontado com problemas práticos concretos a resolver, na base da experiência do estágio, e não em questões puramente teóricas, o que permitirá em princípio, ajuizar de modo mais pragmático, não só os conhecimentos, mas igualmente atitudes.

Como se poderá depreender, este tipo de prova não obedece aos critérios mencionados de uniformidade, variedade e objectividade (Pontuação de 0 a 20).

A classificação final (de cada ano lectivo) resultará da média das provas 1) +2) +3); de referir que:

- # O aluno com média inferior a 10 nas provas 1) e 2) fica excluído.
- # A classificação entre 10 e 13 implicará realização da prova 3).
- # A classificação igual ou superior a 14 em 1) e 2) permite a dispensa da prova 3), apenas no 4.º e 5.º anos.
- # A prova 3) poderá ser realizada sempre que o aluno o solicite com o objectivo da melhoria de classificação.

IV) Impacto

Este parâmetro – decalcado da chamada terminologia de mercado norte-americana, não é considerado habitualmente no nosso país ⁽³⁾.

Através do mesmo procura-se seguir a actividade profissional dos ex-alunos, visitando-os nos serviços onde trabalham e discutindo o seu desempenho com os superiores hierárquicos. Assim, será, até certo ponto, possível obter informação, por exemplo, quanto à percentagem que obtém emprego, ao intervalo entre o termo do curso e o primeiro emprego, ao nível salarial médio ao cabo de determinado tempo e ao número relativo de profissionais que ascendem a cargos de topo. Ulteriormente, em função dos resultados obtidos, poderá estar indicado proceder a algumas correcções no projecto pedagógico em análise ⁽²⁰⁾.

Como se torna fácil depreender, no nosso país não é fácil utilizar tal parâmetro por razões diversas, nomeadamente pelo facto de o Serviço Nacional de Saúde ser o «empregador» quase exclusivo dos médicos e de tal metodologia implicar um apoio logístico complexo ^(20, 21).

IX – DISCUSSÃO

Em finais da década de 70, em muitos países, os serviços de saúde começaram a ser questionados pela incapacidade na resolução dos problemas de saúde das populações. Com vista à procura de soluções, realizaram-se, nos anos subsequentes, diversas reuniões magnas sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) a qual chamou a atenção para a necessidade de cooperação entre as instituições representativas da saúde e do ensino, com particular ênfase para as escolas médicas. Efectivamente, a O.M.S. sempre considerou que os cuidados de saúde primários constituem a base e parte integrante do sistema desenvolvimento económico e social da comunidade, proporcionando o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde ⁽²²⁻²⁴⁾.

Nesta conformidade, em 1987 a Federação Mundial de Educação Médica definindo um conjunto de princípios, propôs que a educação médica e os serviços de saúde colaborassem de forma integrada no ensino e na aprendizagem da medicina implicando a sua concretização não só em ambiente hospitalar – abrangendo o indivíduo doente – mas também nos centros de saúde, com população não portadora de doença, em interacção com a família e comunidade ⁽²⁵⁾. Foi afirmado afirmaram, a propósito da necessidade de reforma do ensino médico ^(26, 27), que a reestruturação das faculdades deverá ter como objectivo a preparação de um novo tipo de médico de que o país mais necessita, orientado para a prestação de cuidados primários e integrando verdadeiras equipas de saúde.

No entanto, a mesma não deverá contemplar somente novas designações e novas sequências de áreas, blocos ou disciplinas, mas também uma nova perspectiva do processo pedagógico. Não se trata de tarefa fácil. Para traduzir a grande complexidade duma reforma curricular, Harden ⁽²⁸⁾, a propósito, afirmou, de modo muito expressivo que «é mais fácil mudar um cemitério do que alterar um currículo de medicina».

Procurámos, no projecto apresentado, obedecer à filosofia do novo plano de estudos da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, com a preocupação da sua exequibilidade.

Paira, todavia, o espectro de algumas limitações de fundo que poderão dificultar o cumprimento integral do projecto apresentado e do novo plano de estudos dizendo respeito, essencialmente, às relações entre os Ministérios da Saúde e da Educação, às condições de desempenho do corpo docente e à organização dos programas e conteúdos.

A deficiente articulação dos Ministérios da Saúde e da Educação tem implicações muito importantes, nomea-

damente no ensino e aprendizagem fora das estruturas hospitalares. Com efeito o facto de a formação médica se limitar essencialmente ao ambiente hospitalar e a um hospital central cria uma visão distorcida da realidade assistencial para o futuro clínico. A nossa proposta (optimista) de considerar também, como cenário de treino clínico o clássico centro de saúde foi feita admitindo o funcionamento pleno das chamadas unidades coordenadoras funcionais (UCFs) integrando, numa perspectiva de regionalização, uma pirâmide assistencial de qualidade (compreendendo hospital central com protocolo com a faculdade ligado a hospitais distritais e a centros de saúde de uma região bem definida e circuitos bidireccionais de profissionais docentes médicos, doentes e de utilizadores). Assim estariam criadas as condições ideais para o funcionamento de um verdadeiro Centro de Saúde Universitário ⁽²⁶⁾. Mas com o divórcio entre os referidos ministérios tal desiderato será impossível de atingir. Aliás, sendo a educação médica um todo contínuo a distinção entre educação pré-graduada, pós-graduada e contínua é cada vez mais esbatida, sendo incompreensível que os ensinos pré e pós graduado estejam na dependência de dois ministérios distintos ⁽²⁹⁾.

Relativamente às condições de desempenho do corpo docente, haverá infelizmente que contar com alguma desmotivação de parte do mesmo, uma vez que as referidas condições não são as mais prestigiantes. Para tal desmotivação concorrerão, seguramente, a desqualificação económica e a ausência de garantia de um ambiente de trabalho que permita desenvolver o espírito e a actividade científicas ⁽³⁰⁾.

Como poderá ser estimulante a situação actual em que, por exemplo um chefe de serviço provido da carreira hospitalar com doutoramento (professor associado pertencendo a carreira universitária) afigure menor vencimento que um professor associado convidado sem doutoramento?

Esta situação que decorre da dicotomia entre carreira de «médicos hospitalares» e «médicos universitários» dificulta a profissionalização pedagógica do corpo docente e não dá garantias de selecção dos que têm perfil mais adequado para a docência.

Outra limitação diz respeito à eventualidade de os programas e conteúdos continuarem a ser organizados segundo um critério rígido de disciplinas.

Benor ⁽³¹⁾ demonstrou forte oposição ao método tradicional do ensino-aprendizagem por disciplinas, preconizando, pelo contrário, o ensino por áreas ou temas, unificando assuntos ministrados em diferentes disciplinas do curso. Tal esquema permitirá, assim, tratar determinado tema integrando, por exemplo conhecimentos correspondentes a disciplinas de diferentes fases do curso (integração vertical) ou conhecimentos correspondentes

a disciplinas ministradas na mesma fase do curso (integração horizontal).

É justo assinalar que, com actual plano de estudos, se deu um passo em frente no sentido de uma maior integração dos conteúdos e programas (a área materno-infantil é um exemplo). No nosso projecto foi proposto que determinados tópicos fossem abordados em regime de painel no curso teórico com a intervenção de docentes de diversas áreas numa perspectiva de integração horizontal, mas entendemos que é desejável desenvolver o processo de integração vertical.

Caberá à UNL, à Direcção da Faculdade, aos Conselhos Científico e Pedagógico e ao Departamento de Educação Médica promoverem toda a reflexão e um debate alargado entre todos os docentes com a intervenção dos estudantes visando encontrar as estratégias susceptíveis de neutralizar as limitações a que nos referimos, de modo a garantir a mudança.

Em suma, a verdadeira reforma só assim poderá ser chamada se, nomeadamente, o estudante tiver uma intervenção cada vez mais activa no processo de aprendizagem, se for implementado o processo de integração vertical e horizontal entre as diversas áreas, se houver condições para o treino clínico extra-hospitalar em centros de saúde universitários a criar e se forem implementadas condições para a profissionalização autêntica do corpo docente.

BIBLIOGRAFIA

1. Brines J, Colomer J: Metodologia de la docencia en Pediatria y Puericultura. Cátedra de Pediatria y Puericultura de la Facultad de Medicina de Valencia. Valencia, 1980.
2. Guilbert JJ: Guide pedagogique pour les personnels de santé. Genève. Organization Mondiale de la Santé. 1981 (35): 874-5.
3. Abrantes AV: Relatório Pedagógico. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa, 1988.
4. Carmona-Mota HC, Torrado A: Ensino pré-graduado da Pediatria, sistema de avaliação. Lisboa, Edição da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1979.
5. Jaso E: La enseñanza de la Pediatria en la Universidad Autonoma de Madrid. *Rev Port Pediatr* 1973; 4: 266-79.
6. Bueno M: Consideraciones sobre la enseñanza de la Pediatria. *Rev Port Pediatr* 1976; 7: 164-94.
7. Donabedian A: Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966; 44: 166-203.
8. Ferreira HG: Escolas Médicas: oficinas de aprendizagem? *Acta Méd Port* 1990; 3: 305-10.
9. Ferreira HG: Avaliação das Universidades e as Escolas Médicas. Opções inadiáveis, perigos inevitáveis. *Acta Méd Port* 1994; 7: 577-89.
10. Vroeijenstijn TI, Pilot A: A garantia da qualidade nas Universidades Holandesas: Características e algumas experiências do sistema de garantia da qualidade para o ensino. *Boletim da Universidade do Porto*, 1993; III 15-23.
11. Irby D, Rakestraw P: Evaluating clinical teaching in Medicine. *J Med Educ* 1981; 56: 181-6.
12. Vance JC, McMillan D: Graduate evaluation of undergraduate teaching programmes in Pediatrics. *Med Educ* 1987; 21: 125-9.
13. Parreira L, Nicolau HB, Bastos S, Fonseca JE, Quintas AS, Dias O, Antunes JL: Inquérito pedagógico aos alunos da Faculdade de Medicina de Lisboa: estrutura do currículo e actividade docente. *Educação Médica* 1994; 5: 148-60.
14. Smith S, Paven L: Use of anonymous student evaluations of faculty members in U.S. medical schools. *J Med Educ* 1984; 59: 197-9.
15. Enquête - Les universités craquent: L'évaluation par les étudiants deviendra obligatoire. *Le Monde de l'Education*, 1994; (Octobre): 44.
16. Grondlund NE, Linn M: Measurement and evaluation in teaching. New York, Maccmillan, 1990.
17. Warren VJ, Wakeford RE: Do medical students get what they expected? A study of possible mismatch between the expectations and experience of medical education and practice. *Med Educ* 1990; 24: 178-80.
18. Irby D: Evaluating instruction in Medical Education. *J Med Educ* 1983; 58: 844-9.
19. Harden RM: How to assess students. *Medical Teacher* 1979; 2: 65-70.
20. Mehrens WA, Lehman IJ: Measurement and evaluation in education ans psychology. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1994.
21. Dougherty P, White F: Management training for medical officers in change of primary health care centers. *J Health Admin Educ* 1986; 4: 283-6.
22. Teixeira-Santos N: Relatório de índole pedagógica sobre o ensino da Clínica Pediátrica e Puericultura. Porto, 1979.
23. OMS / UNICEF: Les soins de santé primaires. Rapport conjoint du Directeur Général de l'OMS et du Directeur du Fond des Nations Unies pour l'enfance. Genève, OMS (ed.), 1987.
24. Caldas-Almeida JM: Relatório Pedagógico. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, 1989.
25. Gomes-Pedro JC: Relatório Pedagógico. Faculdade Medicina da Universidade Clássica de Lisboa. Lisboa, 1988.
26. Esperança-Pina JA: Ensino da Medicina em Portugal. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa 1989.
27. Sales-Luís A: A Reforma necessária? Tópicos para uma reforma do currículo médico no final do século. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Médica* 1993; 3: 6-7.
28. Harden RM: Ten questions to ask when planning a course of curriculum. *Med Educ* 1986; 20: 356-65.
29. Pinto Correia J: As Universidades e a Educação Médica Pós-Graduada. *Boletim da Faculdade de Medicina de Lisboa* 1988; 34: 5-6.
30. Freitas D S: Reflexões sobre o ensino pré-graduado e as especialidades médicas. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Médica* 1994; 4: 4-9.
31. Benor D E: Interdisciplinary integration in Medical Education: Teory and method. *Med Educ* 1982; 16: 355-8.

Correspondência: João M. Videira Amaral
Rua do Lobito - Lote 74
2775 Parede
Fax: 01-458 18 72
Endereço electrónico: jmvamaral@mail.telepac.pt