

AMÉRICO MANUEL DA COSTA FIGUEIREDO

RELATÓRIO PEDAGÓGICO

COIMBRA

2 0 0 8

Elaborado de acordo com o estabelecido no Decreto-Lei nº 239/2007 de 19 de Junho, para admissão a Provas de Agregação na área de Dermatologia e Venereologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

INDICE

	Págs.
NOTA PRÉVIA	9
A UNIVERSIDADE E O ENSINO	13
Declaração de Bolonha	18
O ENSINO MÉDICO	31
Relatório Flexner	34
Relatório Todd	35
Declaração de Edimburgo	37
Cimeira de Edimburgo	39
Iniciativa de Lisboa	40
O Licenciado Médico em Portugal	46
Integração Europeia – Processo de Bolonha	54
A REFORMA DO ENSINO MÉDICO NA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA	
63	
Condicionantes objectivas da Reforma	69
O ENSINO DA DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA NO PLANO DE ESTUDOS	
DA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA	79
Objectivos de ensino	81
Métodos de ensino	81
Currículo pré-graduado em Dermatologia	83
Aulas Teóricas	86
Aulas Práticas	97
Metodologia de ensino	99
Avaliação	99
Bibliografia aconselhada	100
Mestrado Integrado de Medicina	100
CONCLUSÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113

NOTA PRÉVIA

NOTA PRÉVIA

Estipula a legislação vigente que para a admissão às provas de concurso para o título académico de Professor Agregado, se torna indispensável “apresentar, apreciar e discutir um relatório sobre uma unidade curricular, grupo de unidades curriculares, ou ciclo de estudos, no âmbito do ramo do conhecimento ou especialidade em que são prestadas as provas”.

No espírito do legislador não esteve, por certo, a intenção de ver transformado este relatório num mero repositório de ideias amadurecidas, algumas já em prática, e portanto de cariz institucional mais ou menos consensual e representando “o pensamento do momento”, sobre os problemas e eventuais soluções para o ensino médico, acrescentado de uma lista de temas das aulas e respectiva avaliação, que consubstanciam um programa de ensino de determinada disciplina.

Por decisão pessoal e forma de estar institucional, a elaboração deste relatório impõe uma reflexão própria sobre a problemática do ensino médico, principalmente sobre as grandes questões actuais, projecções e constantes necessidades adaptativas, essencialmente focadas no ensino pré-graduado mas de olhos postos na pós-graduação e formação médica continuada ou desenvolvimento profissional contínuo. Não se trata, em nosso entender, de uma análise circunstanciada das complexas questões de toda a educação médica, mas, tão só, de um conjunto de problemas nucleares do ensino médico, para, sobre eles e com base na sua vivência e reflexão contínuas, transmitir a elaboração intelectual que dele fazemos, à Escola. Esta participação na reflexão sobre os objectivos globais do ensino médico é naturalmente indispensável para o envolvimento pessoal e colectivo e para se poderem equacionar os objectivos, definir os meios e elaborar, dentro das condicionantes sempre existentes, o núcleo programático de uma área, conjunto de disciplinas ou disciplina.

Acresce ainda, que, no caso concreto da disciplina de Dermatologia com conteúdos próprios e bem definidos, mas também com áreas de interface em que complementa ou acrescenta pelos sintomas ou sinais cutâneos tanto a medicina interna como várias outras especialidades médicas ou cirúrgicas, torna-se indispensável o seu adequado posicionamento temporal no curso, para que o aluno esteja já capaz de assimilar e interligar conhecimentos previamente adquiridos.

Por outro lado, estando já em execução o novo Mestrado Integrado de Medicina sob os auspícios de Bolonha - e tendo já a experiência pessoal de 11 anos de Regente de Disciplina, sendo que 2 deles com dois Cursos - não nos podemos eximir nem a uma análise contributiva da experiência pessoal, englobando as dificuldades encontradas e construindo uma súmula do que supomos poder ser corrigido, nem a propor estratégias e preocupações de futuro para o que julgamos constituírem adequações possíveis para a melhoria da formação médica, naturalmente focalizada na nossa área de ensino, mas sem deixar de ter uma visão global.

Como o ensino médico integra o ensino universitário no seu todo, e dele pode colher os créditos mas também os eventuais erros estratégicos, não podemos omitir um pequeno capítulo de reflexão sobre a Universidade e o Ensino, tentando equacionar e dar opinião sobre os desafios e as oportunidades que se lhes põem no advento de uma mudança que quase nos atropela, mas da qual não é ainda possível sequer definir os contornos.

Neste relatório pedagógico decidimos adoptar uma posição em que, tendo por base a realidade pedagógica em mudança que temos gerido ao longo dos últimos anos, a iremos cotejar com a realidade internacional e com as necessidades que julgamos necessárias à preparação em Dermatologia dos médicos do futuro. Confinar uma proposta à realidade pedagógica existente, embora evolutiva, seria, em nossa opinião, um acto redutor da capacidade intelectual individual, distorceria o espírito que deve presidir à função docente universitária e desvirtuaria o significado e os objectivos essenciais das provas da carreira docente universitária. Não vamos deixar, também, de dar opinião

sobre a realidade geral do curriculum pré-graduado e da existência, sentido e força dos ventos da mudança.

Vamos procurar que entre a realidade e a utopia, ligadas somente pelas necessidades objectivas da população portuguesa e pela liberdade da procura das melhores e mais adequadas soluções, não se fique parado ou perdido no caminho olhando fixamente o firmamento.

A UNIVERSIDADE E O ENSINO

A UNIVERSIDADE E O ENSINO

O Mundo em geral, a Universidade, os processos educativos e a educação médica, atravessam hoje um período de grande turbulência e mudança.

Na Universidade, o cidadão comum espera ver uma fonte de ciência e investigação, um dos pilares dos valores éticos e culturais, e o embrião das transformações conducentes ao progresso mantido da humanidade. Esta visão quase sacra e demasiado optimista da Instituição Universitária que ainda se vai mantendo no nosso imaginário tem as suas raízes no papel formativo, educador, reivindicativo e de liderança das grandes transformações sociais e, porque não dizê-lo, elitista e poderoso, que as Universidades desempenharam ao longo de séculos.

A notável continuidade institucional da Universidade sugere que os seus objectivos sejam permanentes. Clark Kerr refere que, das 85 Instituições actuais que já existiam em 1520, com funções similares às que desempenham ainda hoje, setenta são Universidades.

Em 1946, Karl Jaspers, bem dentro da tradição do idealismo alemão, definia assim a missão eterna da Universidade: é o lugar onde, por concessão do Estado e da sociedade, uma determinada época pode cultivar a mais lúcida consciência de si própria. Os seus membros congregam-se nela com o único objectivo de procurar incondicionalmente a verdade e apenas por amor à verdade.

Para o mesmo autor, em (1965), seriam três os grandes objectivos da Universidade:

- 1) Porque a verdade só é acessível a quem a procura de forma sistemática, a investigação é o principal objectivo da universidade;
- 2) Porque o âmbito da verdade é muito maior que o da ciência, a Universidade deve ser um centro de cultura disponível para a educação

integrada do Homem;

- 3) Porque a verdade deve ser transmitida, a Universidade ensina, e mesmo o ensino de aptidões profissionais específicas deve ter em conta a formação da personalidade humana no seu todo.

Estava, deste modo descritivo, definida uma ideia perene de Universidade, uma ideia una, porque vinculada à unidade do conhecimento e, também única na civilização ocidental, já que necessitava para a sua realização (aliás nunca atingida em plenitude), de um dispositivo institucional próprio e igualmente único.

Esta (aparente?) perenidade de objectivos só foi abalada na década de sessenta do século passado, perante as movimentações estudantis e sociais e as consequentes transformações a que então foi sujeita a Universidade. Mesmo assim, a nível do abstracto, a formulação de objectivos manteve uma notável continuidade. Os três principais objectivos da universidade passaram a ser a investigação, o ensino e a prestação de serviços. Apesar da inflexão ter sido significativa e de se ter dado no sentido da atrofia da dimensão cultural da universidade e do privilégio do seu conteúdo utilitário e produtivista, foi sobretudo ao nível das políticas universitárias concretas que a unicidade dos fins abstractos explodiu numa multiplicidade de funções, por vezes, contraditórias entre si.

Em 1987, o relatório da OCDE sobre as universidades atribuía a estas, dez funções principais: educação geral pós-secundária; investigação; fornecimento de mão de obra qualificada; educação e treino altamente especializados; fortalecimento da competitividade da economia; mecanismo de selecção para empregos de alto nível através da credenciação; abertura para a mobilidade social; prestação de serviços ao país, à região e comunidade locais; instrumentos de aplicação de políticas nacionais (ex: igualdade de oportunidades para mulheres e minorias raciais); preparação para os objectivos de liderança social.

O advento da sociedade da informação e o pensamento das últimas décadas acima vertido, ao atribuir à Universidade funções, entre outras, de prestação de serviços e de fortalecimento da competitividade da economia, aliado ao aumento dramático da população estudantil e docente e à proliferação de universidades e cursos, introduziu novas realidades que questionaram, de forma definitiva, o ideal Universitário (Figueiredo, 1998).

Por estas razões, um pouco por todo o mundo, a Universidade confronta-se com uma situação complexa: são-lhe feitas exigências cada vez maiores por parte da sociedade ao mesmo tempo que se tornam cada vez mais restritivas as políticas de financiamento das suas actividades por parte do Estado. Duplamente desafiada pela Sociedade e pelo Estado, a Universidade não parece preparada para defrontar ambos os desafios, tanto mais que estes apontam para transformações profundas e não para simples reformas parcelares. De alguma forma, tal impreparação, mais do que conjuntural, pode ser mesmo estrutural, na medida em que a perenidade da instituição universitária, sobretudo no mundo ocidental, está associada à rigidez funcional e organizacional, à relativa impermeabilidade às pressões externas, enfim, a uma lenta adaptação à realidade envolvente.

Só neste contexto se compreende que, à revelia do relatório da OCDE, tenha sido ainda um conceito próximo da Universidade ideal que foi vertido em 18 de Setembro de 1988 na Magna Carta de Bolonha assinada pelos Reitores das principais Universidades Europeias, por ocasião da celebração do 9º centenário daquela que é Universidade mais antiga da Europa:

Os abaixo assinados, Reitores de Universidades Europeias proclamam a todos os Estados e à consciência de todas as nações os princípios fundamentais que devem, agora e sempre, suportar a vocação das Universidades.

E enunciavam esses princípios fundamentais:

A Universidade é uma Instituição autónoma, inscrita no coração das Sociedades, organizada de forma diferente em virtude da herança histórica e geográfica - ela produz, avalia, estimula e transmite a cultura através da

investigação e do ensino. Para atingir as necessidades do mundo em seu redor, a sua investigação e ensino deve ser moral e intelectualmente independente de toda a autoridade política e poder económico.

O ensino e investigação nas Universidades devem ser inseparáveis para que não sejam descuradas as necessidades de mudança, os objectivos da sociedade e os avanços no conhecimento científico.

A liberdade de investigação e treino é o princípio fundamental da vida universitária, e governos e universidades, cada um até onde lhe competir, devem assegurar o respeito por este requisito fundamental.

Rejeitando a intolerância e sempre abertos ao diálogo, uma Universidade deve ser ponto ideal de encontro para professores capazes de partilhar o seu saber e bem equipados para o desenvolver pela investigação e inovação e alunos qualificados, capazes e desejosos de enriquecer as suas mentes com esse conhecimento.

A Universidade deve ser também o depositário da tradição humanista europeia; sendo que o seu objectivo é atingir o conhecimento universal para preencher a sua vocação, este, transcende fronteiras políticas e geográficas e afirma a necessidade vital de diferentes culturas se conhecerem e influenciarem mutuamente.

Com estes princípios, e tal como nos primeiros anos da sua história, as universidades encorajam a mobilidade entre professores e alunos; e, para além disso, assumem como política geral a existência de estatutos equivalentes, quer quanto a títulos, provas académicas (sem prejuízo dos diplomas nacionais) e incentivam a procura de apoios financeiros inter-universitários, essenciais à realização de todas as missões da universidade, nas condições actualmente existentes.

Apesar destas declarações de princípios e de independência relativa aos poderes instituídos, a discussão política prática acerca do ensino superior na Europa passou a ser dominada desde os finais da década de 1980 por três grandes tópicos: autonomia institucional; orçamento e custos; avaliação da

qualidade.

No caso português não facilitou a situação o facto do processo de autonomia das Instituições não ter sido isento de contradições. Uma leitura muito lata do conceito de gestão democrática das escolas conduziu a um sistema de organização e funcionamento distorcidos, baseados num poder sempre transitório e de curto prazo, que herdou os modelos administrativos rígidos do passado, assim impedindo uma visão e gestão com objectivos universitários, isto é, caracteristicamente de longo prazo. Surgiram até referências culturais que acreditam mais na gestão dos colectivos (Comissões, Conselhos, Plenários, etc.) do que na responsabilização de cada profissional democraticamente eleito para exercer determinada função, ao arrepio, aliás, de recomendações já constantes do exame feito pela OCDE à política educativa portuguesa no início dos anos 80 (OCDE, 1984). Esta situação tornou as estruturas académicas presa dócil para equilíbrios instáveis de poder de que resultaram algumas opções de facilidade: consumir recursos independentemente de uma estratégia clara e definida de prioridades; não investir clara e de forma transparente em políticas de rigor e de qualidade e na produtividade científica e pedagógica, as únicas que envolvendo a sociedade, lhe podiam servir de factores de salvaguarda. Na realidade, as análises comparativas de indicadores de produtividade e competitividade, apesar do posicionamento relativamente favorável de Portugal no que respeita à alocação de recursos para a educação, incluindo o ensino superior, deixavam-nos muito mal situados, claramente abaixo dos países europeus de dimensão equivalente (Veiga Simão, Machado dos Santos, Almeida Costa, 2002).

O que é facto, é que o modelo económico de desenvolvimento vencedor, agora em crise intensa, exige uma universidade diferente: em que o poder académico esteja condicionado pelo financiamento público ou privado; esteja disposto a formar técnicos, de forma relativamente rápida, segundo as necessidades estruturais e à medida de determinado país, área geográfica ou mesmo actividade estratégica; que não se “perca” em investigação básica ou

outras actividades sem aplicação rentável e que gaste o menos possível do erário público.

A transição da sociedade actual para uma sociedade baseada no conhecimento está em implementação, dominada pelas aplicações das conquistas da segunda revolução industrial e da revolução tecnológica onde as tecnologias de informação e comunicação assumem papel determinante. E esta sociedade do conhecimento, em construção, já não é uma criação intelectual, mas antes uma vigorosa realidade social e económica. Como resultado, o poder está a deixar as mãos do Estado ou de grupos sociais, económicos ou financeiros para se diluir nas mãos de muitos outros, capazes de dominar a informação, assumida como recurso estratégico vital para o bom funcionamento dos governos, das empresas e das Instituições.

O ensino superior tem de se colocar estrategicamente para vir a desempenhar um papel de especial relevo no desafio global de construção da nova sociedade baseada no conhecimento. Para isso deve rever os modelos de gestão das suas Instituições aproximando-as dos modelos internacionais mais conceituados: clarificando responsabilidades sem reduzir a natureza democrática das soluções adoptadas, valorizar a contribuição especialmente importante de docentes e alunos sem pressupor semelhança de papéis, e estreitar as relações com as empresas e a comunidade sem implicar subserviência, o que indirectamente permitirá dinamizar a sua presença no espaço da União Europeia. Deve também, e de forma estratégica, dar particular atenção à consolidação dos pilares em que deve assentar a sua evolução, preservando o ideal universitário à luz dos novos modelos de desenvolvimento: o pilar da cidadania, o pilar da cultura, o pilar da ciência, o pilar da inovação, integrando este último a qualidade e a competitividade, o que pressupõe modelos de gestão eficientes e de avaliação adequados.

DECLARAÇÃO DE BOLONHA

Para além de se inserir na Sociedade do conhecimento, as Universidades

estão a ser integradas ou arrastadas para a competição global, sendo peças importantes e armas de desenvolvimento, na guerra surda, em todas as frentes, que está inerente ao processo de globalização e que obrigatoriamente passa pela harmonização ou mesmo uniformização europeias. É neste contexto que surge a “declaração de Bolonha” que envolve todo o ensino universitário, e que não vai deixar de ter repercussões muito importantes através da obrigatoriedade de reconhecimento automático de diplomas.

Em síntese, os pontos acordados em Bolonha, (www.seminario-declar-bolonha.net) por 29 países europeus, no dia 19 de Junho de 1999, foram:

- Adopção de um sistema de graus de acessível leitura e comparação, e também a implementação de um Suplemento ao Diploma, para promover entre os cidadãos europeus a empregabilidade e a competitividade internacional do sistema europeu do Ensino Superior;
- Adopção de um sistema essencialmente baseado em dois ciclos principais, o graduado e o pós-graduado. O acesso ao segundo ciclo vai requerer o termo com êxito dos estudos do primeiro ciclo, com a duração mínima de três anos. O grau conferido, após o primeiro ciclo, será também relevante para o mercado europeu do trabalho sendo também um nível já apropriado de qualificação. O segundo ciclo deverá conduzir aos graus de mestre e/ou Doutor como já acontece em muitos países europeus;
- Estabelecimento de um sistema de créditos - como, por exemplo, no sistema ECTS - European Credit Transfer System-, considerado um meio correcto para promover a mobilidade mais alargada dos estudantes. Os créditos podem também ser adquiridos em contextos de ensino não superior, incluindo a aprendizagem ao longo da vida, desde que sejam reconhecidos pelas respectivas Universidades de acolhimento;
- Promoção da mobilidade, ultrapassando obstáculos ao seu efectivo exercício, com particular atenção:
 - aos estudantes, no acesso às oportunidades de estudo e formação, bem como a serviços correlativos;

- aos professores, investigadores e pessoal administrativo, no reconhecimento e na valorização dos períodos passados num contexto europeu de investigação, de ensino e de formação, sem prejuízo dos seus direitos estatutários;
- Promoção da cooperação europeia na avaliação da qualidade, com vista a desenvolver critérios e metodologias comparáveis;
- Promoção das necessárias dimensões europeias do Ensino Superior, especialmente no que respeita ao desenvolvimento curricular, à cooperação inter-institucional, aos esquemas da mobilidade e aos programas integrados de estudo, de formação e de investigação.

Termina a declaração de Bolonha com o seguinte parágrafo:

“Comprometemo-nos, por este meio, a alcançar estes objectivos - no quadro das nossas competências institucionais, guardando um completo respeito pela diversidade de culturas, línguas, sistemas nacionais de educação e da autonomia universitária - para consolidar o espaço europeu do Ensino Superior. Com esse fim, prosseguiremos o rumo da cooperação inter-governamental, em conjunto com o das organizações europeias não governamentais com competência no Ensino Superior”.

Seguem-se as assinaturas dos 29 ministros responsáveis pelo Ensino Superior de outros tantos países presentes.

É necessário ter presente que na génese da Declaração de Bolonha está a Declaração da Sorbonne, assinada em 1998 pelos Ministros da Educação da Alemanha, França, Itália e Reino Unido, cuja principal motivação foram as reformas em curso nos três primeiros países. Essas reformas, foram dirigidas à resolução de problemas associados a uma organização anquilosada dos respectivos sistemas do ensino superior, que tinham formações muito longas, sem pontos intermédios de certificação.

A oferta de cursos insuficientes face ao número elevado de estudantes,

acompanhadas de taxas de repetição e abandono muito elevadas, provocava grandes desperdícios e frustrações tanto nos estudantes como nas instituições. A situação não era diferente da de Portugal em que existiam, na época, cerca de 40% de abandonos ao nível do ensino superior (Valadares Tavares, 2002), escondidos inclusive da opinião pública menos atenta e sem que ninguém ousasse tomar quaisquer medidas de fundo para a sua resolução.

Os signatários da declaração da Sorbonne ao trazerem estas questões para a dimensão europeia, procuravam um apoio e aceitação globais para as difíceis reformas que estavam a implementar nos respectivos países.

Em 19 de Maio de 2001 reuniram-se em Praga os Ministros encarregados do Ensino Superior agora já de 32 países europeus que reiteraram os 5 primeiros pontos da “Declaração de Bolonha” e enunciaram 2010 como o ano em que uma parte do processo de harmonização estaria concluído.

Para compreendermos melhor estas movimentações políticas, necessitamos ter presente que no alvor da sociedade do conhecimento, as instituições do ensino superior estão mais sujeitas do que nunca ao impacto de forças sociais e económicas exteriores, as quais actuam com intensidade crescente na exigência de mudanças em diversas áreas, tais como:

- A natureza do ensino e os métodos de aprendizagem;
- A investigação e a sua articulação com o ensino, a inovação e o desenvolvimento;
- A natureza do relacionamento institucional com a sociedade.

Numa intervenção ao tempo, elucidativa como pensava o ensino superior, foi deste modo que Belmiro de Azevedo se pronunciou sobre estas questões (Azevedo, 2000): “Representantes do meio empresarial, do sector público, ex-alunos e ex-docentes, especialistas em diversas áreas - numa palavra, o universo de “consumidores” dos produtos universitários - deveriam ter assento em “conselhos consultivos” de composição ecléctica. Estes deveriam

ser investidos de funções efectivas, evitando-se o tom eminentemente decorativo que é regra em tais órgãos, quando existentes.

Os órgãos consultivos deveriam poder apreciar os curricula dos cursos ministrados e recomendar às Instituições a adopção de medidas concretas de funcionamento nos planos científico, pedagógico e de gestão corrente, nomeadamente com fundamento em auditorias externas realizadas numa base isenta e independente. As suas actas e pareceres deveriam ser tornados públicos com regularidade, salvaguardando o sigilo profissional”.

É meu parecer que para Belmiro de Azevedo será principalmente uma adequação da realidade do ensino universitário às necessidades da Sociedade e portanto do desenvolvimento da economia que está em causa. Para outros, mais abrangentes e audaciosos, não é somente esta ou provavelmente esta a mais importante questão. Esta é a uniformização do ensino superior, para que possa ser vendável e transaccionável inter-países e possa abrir uma frente de negócio - a educação superior - transmissível, no essencial, através da sociedade de informação e comunicação, com apoio em algumas infra-estruturas locais, e que, a nível financeiro, poderá valer tanto quanto a saúde - para podermos pensar em ordem de valores somente refiro que, no ano 2000, cerca de 540 mil jovens estrangeiros estudavam nos Estados Unidos. Para o neoliberalismo, a harmonização do ensino superior europeu é somente uma primeira e necessária fase para a sua transnacionalização com a chancela união europeia. De alguma forma estão a seguir o exemplo de três grandes universidades americanas (Columbia, Stanford e Chicago) e de uma inglesa (London School of Economics) que formaram um consórcio para criar a Cardean University que oferece cursos ao mundo inteiro pela internet, tal como algumas universidades australianas.

Da Magna Carta de Bolonha à Declaração de Bolonha, intervaladas de 10 anos, vai a distância de uma Universidade ideal dedicada ao ensino e à investigação, independente do poder político e económico e com um projecto universalista, para uma Universidade prática ao serviço da economia e do

desenvolvimento e tanto mais apoiada financeiramente quanto melhor desempenhar o seu papel no cometimento desses objectivos. Isto é, vai a supremacia total do poder político-económico sobre o que ainda restava do ideal universitário e do poder académico.

Esta contradição para além de completamente antagónica nas questões dos princípios é também muito problemática no sentido da sua implementação. E é tão profunda e envolvente que não poderia deixar de dar origem a uma crise institucional de grande intensidade.

Embora decorram várias crises simultâneas na Universidade (por ex: a crise de hegemonia e a da necessidade de definição de universidade, necessária após o advento das universidades privadas), a crise institucional é, sem dúvida, a que tem vindo a assumir maior importância nos últimos anos. Em parte, porque os factores mais marcantes do seu agravamento pertencem efectivamente ao período do capitalismo neo-liberal e ao seu estadio actual - o capitalismo anárquico. O valor que está em causa na crise institucional é a autonomia universitária e entre as condicionantes que têm vindo a tornar cada vez mais problemática a sua afirmação destaca-se a grave crise do Estado-Social. Bastará aqui mencionar que essa crise se tem vindo a manifestar através da deterioração progressiva das políticas sociais, e, de entre estas, da política de educação. Invocando a crise financeira - nem sempre comprovada e quase nunca causa suficiente - o Estado tem vindo a proceder a re-estruturações profundas do seu orçamento e sempre no sentido de desacelerar, estagnar e mesmo contrair o orçamento das universidades. Mas mais dramática que a diminuição do nível das despesas é a forma como tem sido conduzido. De forma rápida o Estado passou da condição de produtor de bens e serviços educativos para a de comprador de bens e serviços produzidos no sector privado. Em consequência, a universidade pública, que na Europa tem um predomínio absoluto no sistema de ensino superior, tem vindo a sofrer cortes orçamentais mais ou menos significativos, sobretudo na área das ciências sociais, artes e humanidades, quando simultaneamente é obrigada a confrontar-se com a crescente concorrência da universidade

privada, fortemente financiada pelo Estado.

Os cortes orçamentais provocam três efeitos principais na vida institucional da Universidade. Porque são selectivos, alteram as posições relativas das diferentes áreas do saber universitário e das faculdades, departamentos e/ou unidades onde se investiga ou ensina, e, com isto, destruturam as relações de poder em que assenta a estabilidade institucional. Porque são sempre acompanhadas do discurso da produtividade, obrigam a universidade a questionar-se em termos que lhe são pouco familiares e a submeter-se a regras de avaliação que tendem a dar do seu produto, qualquer que ele seja, uma avaliação negativa. Por último, porque não restringem as funções da universidade na medida das restrições orçamentais, os cortes tendem a induzir a universidade a procurar meios alternativos de financiamento, evidenciando as contradições existentes entre autonomia da universidade e a sua responsabilidade no desenvolvimento.

Esta última, liga-se com o segundo factor da crise institucional da universidade: o seu envolvimento no aumento da competitividade e da produtividade industrial e no futuro do seu tecido económico e financeiro. Qualquer que tenha sido o entendimento dado a esse objectivo da universidade, dita moderna, a acção foi idêntica e centrou-se, desde logo, no desenvolvimento da investigação científica e tecnológica aplicadas, sendo que, a partir desse momento, a universidade se viu convocada para uma participação mais activa na guerra surda vivida a nível mundial entre exércitos económicos e financeiros.

Anteriormente fiz referência que após a crise de finais dos anos 60, a universidade se viu na necessidade de incorporar nos seus objectivos a prestação de serviços, seguindo uma estratégia de minimização do risco de perda de hegemonia. Em face dos cortes orçamentais não admira que de entre as contrapartidas de equilíbrio, os benefícios financeiros tenham sido os mais acarinhados. No entanto, os fluxos provindos das empresas, porque subordinados aos critérios de rentabilidade do investimento próprios da indústria, acabaram por exercer uma pressão, convergente com a dos cortes

orçamentais, no sentido da avaliação do desempenho da universidade. Por outras palavras, a participação da universidade na luta pela produtividade acabou por envolvê-la também nessa mesma produtividade e na necessidade de concorrer com outras universidades para a prestação de serviços, sendo que o impacto na Instituição daí decorrente não se fez esperar. Conformada por estes factores a crise institucional da universidade assume variados aspectos. Referir-me-ei brevemente só a um deles, a meu ver o mais importante: a avaliação do desempenho universitário.

À primeira vista, compreende-se mal a estranheza e até alguma indiferença com que foi recebida, pois a universidade é uma sociedade compulsivamente voltada para a avaliação: - do trabalho escolar dos estudantes à avaliação dos docentes e investigadores. Mas, por outro lado, é compreensível que a compulsão da avaliação interna desenvolva por si própria uma certa rejeição da avaliação externa, pois é disso que se trata quando se fala do desempenho da universidade. Mesmo que seja efectuada pela própria universidade, tal avaliação será sempre externa, quer porque coloca a utilidade social da universidade num conjunto mais amplo de utilidades sociais, quer porque envolve, mesmo que implicitamente, uma comparação entre modelos institucionais e seus desempenhos.

São reconhecidas as múltiplas dificuldades da avaliação do desempenho funcional da universidade. Podem agrupar-se em três grandes problemáticas: a definição do produto universitário, os critérios da avaliação e a titularidade da avaliação.

Quanto à definição do produto da universidade, as dificuldades são o correlato da multiplicidade de fins que a universidade tem vindo a incorporar e a que acima fiz referência. Perante tal multiplicidade perguntar-se-á qual é o produto da universidade ou sequer se faz sentido falar em produto. Como afirma Bienaymé, a variedade de produtos esperados da universidade é tal que se torna muito difícil exigir que a universidade os produza todos com a mesma eficácia ou que se possa estabelecer entre eles uma hierarquia inequívoca. A produção e transmissão do conhecimento científico, a produção

de trabalhadores qualificados, a elevação do nível cultural da sociedade, a formação do carácter, a identificação de talentos, a participação na resolução dos problemas sociais - são produtos, não só muito variados, como difíceis de definir. Aliás, a produção de um deles colide frequentemente com a de um outro, pelo que, se não for estabelecida uma hierarquia, a universidade estará sempre aquém do desempenho adequado em alguns deles. Questionável é ainda se se pode falar de "produtos" em alguns dos desempenhos como por exemplo a formação do carácter ou a elevação do nível cultural. Pode mesmo entender-se que o uso do termo produto e produção envolve uma opção por uma metáfora economicista e materialista que introduz um enviesamento de base na avaliação do desempenho da universidade.

Esta questão prende-se com os critérios de avaliação. Neste domínio, a dificuldade maior está em estabelecer medidas para a avaliação da qualidade e da efectividade. Mesmo aceitando que a universidade produz "produtos", é reconhecido que muitos deles não são susceptíveis de mensuração directa. Como medir a formação do carácter ou mesmo do progresso científico? Não há medidas directas, e mesmo o recurso a medidas indirectas não deixa de levantar muitos problemas.

Perante a inefabilidade das qualidades inscritas nos produtos a avaliar, os agentes e instituições avaliadoras tendem a privilegiar as medidas quantitativas, obrigados à necessidade de operacionalizar os conceitos e estabelecer indicadores do comportamento das variáveis seleccionadas. É no entanto hoje conhecido que a qualidade transborda sempre das quantidades em que é operacionalizada.

Com todas estas modificações operadas nos últimos anos, tenho mesmo receio que a universidade tenha deixado de ser uma instituição no sentido mais preciso do termo. Uma instituição social exprime a estrutura e o modo de funcionamento da sociedade como um todo. Deste modo, no seio de uma instituição devemos ver a presença de opiniões, atitudes e projectos conflitantes que exprimem divisões e contradições da sociedade. Esta relação expressiva entre universidade e sociedade é o que explica que, desde

o seu surgimento, a universidade pública sempre foi uma instituição social com uma prática fundada no reconhecimento público da sua legitimidade e atribuições, num princípio de diferenciação que lhe confere autonomia perante outras instituições sociais e estruturada por regras, normas e valores. A legitimidade da universidade moderna fundou-se na autonomia do saber em face da religião e do Estado e portanto da ideia de conhecimento guiado por uma lógica própria quer na invenção ou descoberta quer na transmissão. No momento em que surgem universidades privadas e é concedida autonomia à universidade é o momento em que a universidade sai da esfera do Estado e entra no sector de serviços de que resultam as seguintes consequências: 1. que a educação deixou de ser um direito e passou a ser um serviço; 2. que a educação deixou de ser considerada um serviço público e passou a ser um serviço que pode ser privado ou privatizado. Esta mudança subtil deixou cair a universidade de uma instituição social para uma organização social. Uma organização difere de uma instituição por definir-se por uma prática de acordo com a sua instrumentalidade: está referida ao conjunto de meios particulares para a obtenção de determinado objectivo. Não está referida a acções articuladas às ideias de reconhecimento interno ou externo ou às de legitimidade interna ou externa, mas a operações definidas como estratégias balizadas pelas ideias de eficácia e de sucesso no emprego de determinados meios para alcançar objectivos. Por ser uma administração é regida por ideias de gestão, planeamento, previsão, controlo e êxito. Não lhe compete discutir ou questionar a sua própria existência, a sua função, o seu lugar no seio da sociedade e a forma como vai fazendo o seu caminho e isso, sendo para a instituição social universitária crucial é para uma organização um dado de facto: ela sabe (ou julga saber) por quê, para quê, onde existe e para onde se dirige.

Esta visão organizacional da universidade produziu aquilo que, segundo Freitag podemos denominar de universidade operacional. Regida por contratos de gestão, avaliada por índices de produtividade, calculada para ser flexível, a universidade operacional está estruturada por estratégias e

programas de eficácia organizacional e, portanto, pela particularidade e instabilidade dos meios e objectivos.

Neste contexto o ensino vai ser, cada vez mais uma área segmentar da prestação de serviços universitários. Na Universidade operativa quanto vale uma nova patente em relação às excelentes capacidades pedagógicas de determinado docente ou disciplina? Por outro lado a promoção dos docentes está, no momento actual, definitivamente voltada para a bibliometria, tal como estão os rankings nacionais e internacionais das universidades. A avaliação quer da universidade quer dos docentes vai seguir regras em que a vertente pedagógica é a menos cotada. Daí que o ensino vá ser postergado para os menos qualificados dos docentes deixando a área matriz da universidade - a transmissão de conhecimentos e o entusiasmo como se transmitem de ter a importância devida. Desta forma a relação ensino-investigação vai naturalmente sair prejudicada. Vai existir necessariamente uma área de investigação orientada, não pelas necessidades de ensino, nem integrada em áreas de ensino conducentes, por exemplo, a dissertações de mestrado ou doutoramento, mas áreas solicitadas pela indústria farmacêutica ou com interesse económico-financeiro programado quer pela actividade clínica quer pela actualidade ou interesse do momento.

Em conclusão e no que concerne especificamente à Medicina Clínica, a área pedagógica, perante a pressão da área científica (avaliação do indivíduo e das universidades) e da área clínica - pressão para a gestão de Serviços ou Departamentos na óptica do aumento da produção e da efectividade terapêutica, tem muito poucas escapatórias para não vir a ser das mais prejudicadas. Existe já, nesse e noutros aspectos, um conflito de interesses que não podemos escamotear. Os centros universitários, com necessidade de se integrarem na comunidade científica internacional carecem de tomar contacto com as últimas terapêuticas disponíveis e estar em condições de entrar na discussão das novas abordagens tecnológicas, e a área de gestão solicitando contenção de custos e impedindo expressa ou implicitamente o acesso diversificado às novas tecnologias. Ou de outro modo, a área de

gestão querendo uma gestão criteriosa e ordenada das listas de espera, nomeadamente as cirúrgicas, através de ferramentas informáticas cegas (SIGIC) e a área formativa pretendendo uma hierarquização da dificuldade de determinado procedimento para o entregar ao cirurgião, que, no contexto da sua própria formação, se encontra melhor colocado para essa função.

No melhor sentido, e tendo a disponibilidade intelectual para perder a nostalgia do velho Hospital Universitário, há já muito tempo perdido na dinâmica dos novos poderes e da efectividade, é tempo de reflectir e começar a reivindicar em 3 ou 4 Centros Hospitalares Universitários em Portugal com o apoio do Ministério da “Educação” e do Ministério da Saúde, empenhados na afirmação de Portugal na área da saúde simultaneamente nas vertentes assistencial, formativa completa (pré e pós graduada e desenvolvimento profissional contínuo) e da produtividade científica. Relativamente a esta, a Medicina Clínica é já a 4ª área no número de publicações internacionais, e a 2ª, muito próximo da Química, no número de citações, tendo actualmente a média de 11,8 citações por publicação, o que atesta a sua qualidade. Tem sido uma área que tem crescido por si própria, sem grandes investimentos da tutela e da qual muito há ainda a esperar se porventura for decidido um apoio concertado. São factos que não têm sido aproveitados, nem pela tutela nem pelos Centros Universitários produtivos cientificamente, para reivindicarem um estatuto diferenciado.

Em Coimbra esta necessidade é ainda mais premente uma vez que une no mesmo objectivo a universidade e a sua ligação à realidade da prestação de serviços – o Hospital, numa cidade que tem vindo a perder importância em variados contextos e que tem na sua região cidades com grande potencial de desenvolvimento – Aveiro, Leiria e Viseu. Só com centros de excelência individualizados e apoiados é que Portugal pode competir globalmente na educação médica e na prestação de serviços médicos.

Para além disso seria um exemplo emblemático de ligação da Universidade à prestação de serviços que podia fruir com outras faculdades e não o exemplo contrário do insucesso desta possibilidade exactamente na área em que esta

ligação é mais fácil.

Neste contexto, não podemos esperar muito da área do ensino universitário, entendido como uma transmissão rápida de conhecimentos, consignados em manuais de leitura e materiais de fácil aprendizagem para os estudantes, de preferência ricos em ilustrações e cedidos conforme trabalhados nas aulas, em formato informático. Não vai existir tempo para reflexão crítica, análise dos conhecimentos transmitidos e apreendidos ou disponibilidade para a mudança. Os contratos dos professores vão ser cada vez mais flexíveis e dependentes de objectivos e do pouco financiamento disponível.

Pela simples razão de que o conhecimento e a informação ao passarem a fazer parte do próprio capital, e, como nos ensinou o grande Clark Kerr, a simples transacção de conhecimento poder atingir mais de 25% do PIB nos países desenvolvidos, este passou a depender deles para a sua acumulação e reprodução. E está somente disponível para gastar o imprescindível para a obtenção de determinado objectivo.

O ENSINO MÉDICO

O ENSINO MÉDICO

A necessidade de mudanças em todo o sistema do ensino médico é frequentemente discutida e defendida, seja por pessoas envolvidas no próprio ensino, outras áreas profissionais e mesmo nos meios de comunicação social. Se muitas vezes são retórica pouco útil de quem não se apercebe da dificuldade de fazer movimentar todos os factores institucionais, individuais e de recursos materiais e humanos que têm de ser disponibilizados quando se pensa numa verdadeira e necessária educação médica - desde a pré-graduação até ao ensino médico contínuo - outras vezes as razões apontadas, tendo como objectivo a mudança, têm algum fundamento e devem ser consideradas.

São vários os factores que contribuem para essa necessidade de actualização de conhecimentos e mesmo do conteúdo do ensino e das formas de ensinar. O conhecimento médico faz-se de rupturas - o que hoje é uma verdade inquestionável passa a ser uma questão discutível ou mesmo ultrapassada num espaço de tempo relativamente curto; ou do aparecimento de novas ou modificação das realidades: o aparecimento da SIDA; de outras doenças infecciosas emergentes; da medicina do transplantado e dos progressos notáveis e sequenciais em oncologia, só como exemplos. O próprio ensino médico, nas reformas essenciais, também tem conhecido verdadeiras modificações estratégicas - desde a preparação de um policlínico ou de um clínico geral já municiado de conhecimentos de diversas especialidades até à de um médico pluripotencial ainda não qualificado, mas preparado como um Homem "educado" nas diversas valências da Medicina, com especial informação e formação em ética e nas ciências do comportamento, munido de capacidade de auto-aprendizagem, que se tornará médico após algum tempo de ensino/aprendizagem e treino, de preferência com uma preparação programada no ensino pós-graduado.

Esta última descrita é a actual corrente de consenso, desenvolvida tendo por baliza temporal o Relatório Todd em 1968, que já previa a sua implementação de forma muito gradual (Torres Pereira, 2003) mas que acentuava como muito válido, o carácter dirigido ou vocacional da educação médica pré-graduada.

Outras condicionantes da constante necessidade de modificação e actualização do ensino médico são: o avanço do conhecimento científico, nomeadamente nas diversas áreas da Biologia, Genética e Patologia moleculares, que conduzem a uma cada vez mais rápida desactualização dos conhecimentos médicos e a uma crescente sub-especialização da medicina; as novas tecnologias de informação e imagem adaptadas à medicina bem como a medicina nuclear; maior número de doenças crónicas e degenerativas, coexistência num mesmo indivíduo de patologias múltiplas, preponderância do tratamento em ambulatório e dos cuidados primários sobre os cuidados hospitalares, estadia de doentes nos hospitais por períodos cada vez mais curtos e por situações cada vez mais graves; baixa natalidade e envelhecimento progressivo das populações; as questões ambientais e alimentares com repercussão na saúde humana; as relações custo-benefício dos exames complementares e das opções terapêuticas; as transformações sociais e os novos conceitos de vida e cidadania, que incluem o reconhecimento do direito à saúde mas também à reorganização dos sistemas de saúde para fazer face ao crescimento exponencial de custos. Todos e cada um, são condicionantes motrizes e sempre renovadas da necessidade da sempre inacabada mudança e actualização do ensino médico.

Para lá deste componente de adequação à realidade em mudança, sempre vertida para o ensino da medicina, só muito mais tarde foram introduzidas no ensino médico importantes preocupações educacionais, importadas das ciências pedagógicas, tais como a aprendizagem das atitudes e comportamentos, de gestos e aptidões, que sempre tinham vindo a resultar da vivência e do exemplo de uma boa prática médica, apreendidas, mas julgo que não ensinadas, à cabeceira dos doentes com muitos dos nossos Mestres, mas que estavam longe de qualquer teoria e resultavam somente da prática

com bom senso e qualidade dos objectivos do ensino pré-graduado.

Sabia-se, com algumas deficiências reconhecidas actualmente, “o que ensinar”, sentia-se também de forma muito interiorizada o “como se devia aceitar o ensino” mas actualmente existe o “que ensinar”, o “como ensinar”, o “quem ensina” e o “ensinar a ensinar”. Estamos perante uma nova técnica, quase ciência, a da Educação Médica, com enorme importância na actualidade e com Departamentos organizados na maior parte das Faculdades de Medicina. Assinale-se ainda que somos hoje confrontados com vários métodos de ensino - o ensino integrado; o ensino baseado em problemas; o ensino baseado na evidência, o ensino por grupos, todos mais ou menos defendidos e praticados por diversas Escolas. É importante que sem seguidismos acríticos, se consiga colher de cada método aquilo que se revelar, cientificamente, mais eficaz ou eficiente.

Saliente-se que o enorme interesse dos especialistas em educação e no ensino superior em geral, sobre a educação médica, não é acidental. Em nenhuma outra profissão se exige do iniciando tanta e tão vasta informação, tarefas tão árduas, complexas e diversificadas e interacção tão delicada com a sociedade, com implicações sociais, económicas, morais e até religiosas, como ao médico.

Deste modo, a educação médica requer, constantes renovações e adaptações ao nível pré e pós-graduado e na educação continuada, promovidas de acordo com as situações existentes e as perspectivas futuras, continuamente adaptadas ao progresso científico e tecnológico.

Uma reforma da educação médica deve ser elaborada sobre princípios, objectivos, conteúdos, organização e métodos bem definidos (Martins e Silva, 1993). Deve conduzir à concretização dos objectivos educacionais do curso de medicina, dos quais, e de acordo com Pinto Machado (1996), destacamos os seguintes, sempre actuais:

- a) aquisição dos conhecimentos necessários e da capacidade de os aplicar na identificação, interpretação e resolução de problemas de saúde (saber);

- b) aprendizagem dos gestos que todo o médico deve ser capaz de realizar (saber fazer);
- c) desenvolvimento das atitudes e interiorização dos valores indispensáveis ao comportamento correcto do médico (saber estar).

Nos tempos actuais o ensino deve desenvolver e fornecer também ferramentas para a capacidade de auto-aprendizagem do estudante e futuro médico. Deve ensinar a saber procurar e a saber estudar, distinguindo o essencial do acessório.

Mas as Faculdades têm de saber encontrar espaços organizados de oferta de cursos ou módulos de cursos em áreas diversas do conhecimento, que o médico, por as sentir úteis na sua prática clínica diária, se habitue a frequentar. Devem ser locais de renovação de conhecimentos e gestos técnicos, mas também motores da educação continuada para a vida. Devem articular-se com outras estruturas profissionais ou institucionais, como as Sociedades Científicas, os Grupos especializados em determinadas patologias, os Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos, motivando e galvanizando todas as estruturas da Educação, da Saúde e da Investigação Científica, bem como outras estruturas sociais, de modo a incentivar o médico e a Sociedade em geral, na promoção da Saúde, como bem-estar físico, psíquico e social. Devem, de forma crítica mas colaborante, interagir com as estruturas do próprio Estado, de modo a facilitar ou dinamizar a reforma da educação médica e da saúde.

Havendo actualmente meios informáticos poderosos que permitem a comunicação e o ensino à distância, todos estes meios podem e devem ser utilizados, tanto a nível pré como pós-graduado. É estratégico que as Universidades e as Faculdades que pretendam ser referência aprendam a utilizar esses meios de ensino, já que algumas mais recentes o estão a fazer com profissionalismo e assegurado êxito.

O ensino europeu da Medicina do século XX, até ao fim da década de 60, foi influenciado sobretudo pelo designado “Relatório Flexner” (Hiatt M, 1909;

Flexner A, 1910; Cooke M, et al 2006), realizado por Abraham Flexner a pedido da Carnegie Foundation for the Advance of Teaching, dos Estados Unidos da América, que, com a sua publicação em 1910, iniciou um processo que viria a culminar, nos anos 30, com um ensino médico de modelo científico integrado exclusivamente em instituições universitárias. Este relatório, que levou ao encerramento de um apreciável número de colégios americanos de ensino da Medicina, resultou da avaliação presencial de 155 instituições de ensino médico dos EUA, com análise do cumprimento de vários requisitos: critérios de admissão dos alunos, dimensão e qualificação do corpo docente, gestão do financiamento, qualidade dos laboratórios, e disponibilidade de um Hospital de ensino onde médicos e cirurgiões possam integrar um corpo docente.

Portugal seguiu de perto o “Relatório Flexner” na Reforma de 1911, realizada por António José de Almeida como ministro do Interior do Governo Provisório, transformando as antigas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto em Faculdades integradas nas respectivas Universidades, passando o país a dispor de três Faculdades de Medicina - Coimbra, Lisboa e Porto, com idênticos currícula e atribuindo os mesmos graus académicos. Esta modificação baseou-se no relatório da reforma do ensino médico de 1911 elaborado nos fulgores da revolução republicana por um movimento exterior à instituição académica, que não deixou, por isso, de ser criativo e inovador, e que orientou o ensino médico em Portugal durante várias décadas. Dividiu o curso em três ciclos, o último dedicado à preparação da tese de licenciatura e colocou a ênfase no ensino prático, considerado fundamental e oposto "ao velho vício da teorização exagerada e descaramento da prática profissional" (Relatório sobre o ensino Médico, 1911).

Mais de 50 anos depois, mas de uma forma marcante, surge na Europa o Relatório Todd. Este é um notável documento de 400 páginas com uma visão de Educação Médica de futuro que cobre a educação médica pré e pós-graduada, todos os recursos e as necessidades de um sistema de Saúde. Nada se apresenta como normativo mas procura encorajar, à luz de princípios

enunciados e discutidos, experiências e investigação educacional. Neste relatório foram pela primeira vez enunciados princípios que se tornaram incontornáveis (Lord AR Todd, 1968):

- A educação médica baseia-se em dois temas: a flexibilidade e a investigação educacional;
- O ensino pré-graduado deve ser essencialmente educativo e formativo;
- No ensino pré-graduado deve ser dado relevo às ciências do comportamento;
- Uma introdução ao método clínico na fase pré-clínica é indispensável;
- Deve-se renovar a aposta na Clínica Geral ou Medicina Familiar como elemento de primeira linha, com um curriculum muito bem definido - especialidade que já tinha sido criada em Inglaterra em 1952;
- Os locais de ensino têm de ser estendidos a todos os que praticam medicina, não podendo continuar confinados aos Hospitais;
- Especial atenção à sobreposição de matérias no ciclo clínico à custa da extensão de algumas especialidades;
- A pós-graduação deve iniciar-se com um ano de internato sob orientação da Universidade.

Após a publicação de tão importante documento como o elaborado sob a coordenação de Lord Alexander Todd, todos os Estados e organizações supranacionais dedicadas à Saúde, o aceitaram e se dedicaram ao seu estudo e, como seria de esperar, não faltaram iniciativas de organismos especializados de que se destacou a WFME (World Federation for Medical Education) com as suas seis organizações regionais e a AMEE (Association for Medical Education in Europe). Por outro lado, fez-se ouvir a voz da UNESCO e da Organização Mundial de Saúde preocupados com o nível educacional e ético dos médicos, e todo o mundo chamar a atenção para as dificuldades e desigualdades na acessibilidade das populações aos cuidados médicos.

Dez anos depois teve lugar a conferência, de Alma-Ata, em 1978, sobre cuidados primários de saúde, de onde resultou um programa de “Saúde para todos no ano 2000” que, sabemos hoje, não ter sido de modo nenhum cumprido.

Em 1984 a Association of American Medical Colleges, redigiu um relatório sobre o Ensino Médico, designado por "Physicians for the Twenty-First Century" (Physicians for the twenty-first century, 1984) em que abordou os objectivos gerais do ensino médico, a formação básica, a forma de aquisição de conhecimentos, a educação clínica e o papel das faculdades na formação médica. Nele se recomendam:

- dar um maior relevo à aprendizagem e desenvolvimento de conhecimentos, técnicas e atitudes (promoção de formas de ensino activo em detrimento do fornecimento passivo de conhecimentos), sugerindo que se estimule no aluno a capacidade de auto-aprendizagem e a resolução de problemas, que lhe vão ser necessários ao longo da vida, aspectos que deverão ser valorizados na avaliação do aluno,
- reduzir a informação factual a memorizar,
- melhoria da articulação entre a fase básica e a fase clínica da aprendizagem,
- uma maior articulação entre a formação geral e especializada,
- definição de objectivos a atingir no ensino da fase clínica,
- definição dos locais da aprendizagem,
- supervisão dos estágios e sua avaliação,
- aumento da interdisciplinaridade e da articulação entre os departamentos, tendo como objectivo a elaboração de um programa coerente,
- maior disponibilidade de tempo dos docentes,
- promoção de actividades de formação dos docentes,

- fomentar a avaliação dos docentes,
- adaptação do ensino às alterações demográficas e às alterações dos sistemas de saúde,
- privilegiar a promoção da saúde e a prevenção da doença.

No entanto, é a Conferência Mundial sobre Educação Médica, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde, que a Federação Mundial para a Educação Médica promoveu em Edimburgo, em Agosto de 1988, e de que resultou um documento conhecido por “**Declaração de Edimburgo**”, que se considera a matriz actual sobre a qual assentam as linhas orientadoras para o desenvolvimento de um programa susceptível de alterar em substância o ensino e a educação médicos, no sentido destes se enquadrarem nas verdadeiras necessidades da sociedade actual (Walton H, 1999). Contudo, muito do vertido para esta Declaração tinha sido vinte anos antes já identificado por uma equipa coordenada pelo prémio Nobel da Química Sir Alexander Todd, como anteriormente já referimos, o que não é assumido ou referido habitualmente.

De entre as medidas susceptíveis de permitirem substanciais melhorias no âmbito da educação médica, a declaração preconiza as seguintes:

1. Alargar o âmbito no qual os programas educacionais são conduzidos, para incluir todos os recursos de saúde da comunidade e não só os hospitais individualmente;
2. Assegurar que o conteúdo curricular reflecte as prioridades de saúde nacional e a disponibilidade dos recursos existentes;
3. Assegurar a continuidade do ensino durante a vida, alterando o ênfase dos métodos passivos para um ensino mais activo, incluindo o estudo dirigido e o estudo independente, assim como métodos tutoriais;
4. Construir o curriculum e os sistemas de avaliação de forma a assegurar que são atingidos, quer a competência profissional, quer os valores sociais

- e não meramente a retenção e a evocação de informação;
5. Treinar os professores como educadores, e não somente peritos em conhecimentos e premiar a excelência educacional, da mesma forma que a excelência na investigação biomédica ou prática clínica;
 6. Complementar a instrução acerca do seguimento dos doentes, com ênfase aumentada na promoção da saúde e prevenção da doença;
 7. Perseguir a integração da educação na ciência e da educação na prática clínica, utilizando a resolução de problemas quer na clínica quer na comunidade, como base de aprendizagem;
 8. Utilizar métodos de selecção para os estudantes da área médica que ultrapassem a capacidade intelectual e académica e incluam também a avaliação das qualidades pessoais;
 9. Encorajar e facilitar a cooperação entre os Ministérios da Saúde, Ministérios da Educação, serviços de saúde comunitária e outros agentes relevantes, para o planeamento de programas, sua implementação e revisão cíclica;
 10. Assegurar políticas de admissão em que coincidam os números de estudantes admitidos com as necessidades nacionais de médicos;
 11. Aumentar a oportunidade de aprendizagem em grupo, investigação com outras profissões médicas e relacionadas, como parte do treino do trabalho em equipa;
 12. Identificar responsabilidades e conseguir recursos para a educação médica continuada.

A “Declaração de Edimburgo” salienta no seu texto o facto da educação médica requerer mais do que boas intenções e profissionais dedicados, a necessidade de um envolvimento de todos os intervenientes, de uma liderança clara na sua execução e controlo, tal como da necessidade imperiosa de vontade política e do conseqüente apoio financeiro.

São de salientar da declaração de Edimburgo, por exemplares, quatro conceitos paradigmáticos: a selecção dos candidatos a medicina, a importância de idealizar o curriculum de acordo com as necessidades sanitárias da população, a ênfase na prevenção da doença e promoção da saúde e a necessidade de levar o ensino para além dos muros da Faculdade e do Hospital.

Dando continuidade à Conferência de Edimburgo, realizou-se na mesma cidade em 1993 a chamada **Cimeira de Edimburgo**, também organizada pela Federação Mundial para a Educação Médica em que as conclusões indicativas são muito mais políticas e administrativas, tendo como principal objectivo complementar as enunciadas na Conferência de Edimburgo, realizada cinco anos antes, e algumas também já enunciadas no Relatório Todd:

- Política concertada entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde;
- Relações administrativas e de trabalho entre as Universidades e os Serviços de Saúde Hospitalares e Comunitários;
- As escolas médicas devem envolver-se no desenvolvimento do Sistema de Saúde bem como no treino dos profissionais;
- Promoção do Estatuto do Clínico Geral;
- Assegurar o ensino da SIDA e outras doenças crónicas no hospital e no ambulatório;
- A intervenção dos estudantes em todos os níveis da educação médica;
- Grande empenhamento nos princípios éticos intra e extra hospitalares.

Em Portugal, na sequência da Conferência de Edimburgo viria a decorrer em Lisboa, meses volvidos, uma reunião formalmente co-organizada pelo Governo Português, pela Região Europeia da Organização Mundial de Saúde e pela Federação Mundial para a Educação Médica. Nela estiveram presentes os ministros portugueses da Educação e da Saúde e participaram os Ministros da

Saúde ou da Educação de 25 países europeus. Esta reunião, que ficaria conhecida por "**Iniciativa de Lisboa**", teve por objectivo accionar a nível europeu a aplicação do princípio 9 da Declaração de Edimburgo "Encorajar e facilitar a cooperação entre os Ministérios da Saúde, Ministérios da Educação, ...".

Nesta Reunião recomendou-se particularmente uma estreita colaboração entre os Ministros da Saúde e da Educação, com vista a um ensino pré e pós graduado, como era seu objectivo, sendo que os ministros portugueses, sempre disponíveis para promessas, se comprometeram ao cumprimento dos 12 pontos da Declaração de Edimburgo (Vieira D., 1997).

Para concretizar tais recomendações, e com funções de centro coordenador do ensino e aprendizagem médica em Portugal, foi criada em 1989 uma Comissão Interministerial para a Reforma do Ensino Médico (CIREM). Esta Comissão alargada foi composta por dezassete membros representando as cinco Faculdades de Medicina, as cinco Associações de Estudantes, dois membros da Ordem dos Médicos, um representante da Direcção-Geral do Ensino Superior e quatro representantes de Direcções Gerais do Ministério da Saúde. Contava também com o apoio formal (em termos de consultadoria e recurso) de uma Comissão Internacional sancionada pelos Ministérios da Educação e da Saúde e composta por nomes de grande prestígio no âmbito do ensino médico.

A CIREM desenvolveu o seu trabalho até 1993, apresentando em 14 de Janeiro desse ano o seu relatório final, após o que foi extinta. Este, envolvia um projecto de curriculum pré-graduado para um total de seis anos de escolaridade incluindo a licenciatura e profissionalização, ambas da responsabilidade das Faculdades de Medicina, no qual a licenciatura era reduzida para 5 anos, cabendo 2 anos ao ciclo básico e 3 aos ciclos pré-clínico e clínico. O Internato Geral seria substituído por um período profissionalizante constituído por exercício orientado e programado de 15 meses. Esta proposta encurtaria em 2 anos a entrada nos Internatos da Especialidade (Torres

Pereira, 2003). Este Relatório final foi aprovado pelos respectivos Ministros e também, em termos gerais, pelos Presidentes dos Conselhos Directivos das Escolas Médicas do País.

Do seu articulado devemos destacar:

- a necessidade de o ensino não se limitar aos hospitais;
- o ensino deve reflectir as prioridades nacionais de saúde e deve contar com os recursos que o permitam;
- a criação dos meios para a auto-aprendizagem pela vida;
- que o ensino deve incluir valores sociais e uma competência profissional que não se esgota na capacidade de memorização e na disponibilidade de informação;
- o dever de promover a excelência no ensino, na investigação e na actividade clínica;
- a promoção da saúde e a prevenção de doença;
- a inclusão da avaliação das qualidades pessoais dos alunos;
- o encorajar da cooperação entre todos os agentes envolvidos no ensino e na prestação de cuidados de saúde;
- a necessidade de clarificar responsabilidades e disponibilizar recursos para o ensino.

Este relatório, quatro anos volvidos, enuncia na quase totalidade a “Declaração de Edimburgo” complementada pela “Iniciativa de Lisboa”, não especifica a realidade nacional e apresenta soluções já aparentemente negociadas e concertadas com o poder central, sendo de supor que o poderia fazer, já que integrava 5 elementos representativos dos Ministérios da Saúde e da Educação. No entanto foi recebido com uma certa desilusão em alguns sectores universitários, decorrente de, entre outras insuficiências, não se ter debruçado sobre as razões profundas da crise na educação médica e de não ter estudado as causas profundas do falhanço da Reforma de 1985. Em

Janeiro de 1994 apontava Diniz de Freitas (1994) as principais falhas desse documento:

- 1- “toda a legislação unilateral conduzirá a uma situação impediante”;
- 2- “a classe médica, através de representantes legitimados, é a única autoridade competente para fixar as normas de formação e de treino pós-graduação”;
- 3- “é urgente e premente dignificar o magistério universitário”;
- 4- “é vital relançar a investigação científica”;
- 5- “um ensino médico eficaz reclama medidas que consagrem os Hospitais Universitários”;
- 6- “é imperioso encarar a Educação e a Saúde como áreas prioritárias de investimento”.

Críticas quase todas certas porquanto quinze anos depois é quase tudo ainda actual, com a particularidade trágica de não ter havido ainda qualquer tipo de legislação e de entre 1991 e 2000 ter quadruplicado o orçamento para a saúde (Manuel Antunes, 2002) que atingiu em 2005 mais de 10% do PIB, percentual superior ao da maioria dos países da CE (OECD factbook 2008), enquanto que em 2005 foi gasto em Portugal 5,7% do PIB em educação (OCDE, 2008), sendo que 1,4 % somente no Ensino Superior, verba superior à Alemanha, Áustria, Espanha, Irlanda e Holanda, com os resultados de todos conhecidos.

Pouco após a extinção da CIREM, foi criado, nesse mesmo ano, um Grupo de Trabalho para a Revisão do Ensino Médico (GTREM), o qual tinha por objectivo preparar projectos de diplomas legais, visando a concretização das propostas de revisão do ensino médico apresentadas pela CIREM.

Em Março de 1994, foi apresentado um relatório que viria a ser aprovado por despacho ministerial conjunto, contendo um enunciado de conclusões aplicáveis à reforma do ensino médico ao nível da pré e da pós-graduação, envolvendo ainda vertentes como os internatos de especialidade e a formação

médica continuada.

Este relatório, teve por coordenadas de referência a Declaração de Edimburgo e a Iniciativa de Lisboa, respeitou integralmente e desenvolveu em pormenor as sugestões iniciais do CIREM e elenca os pontos julgados essenciais a uma Reforma do ensino médico em Portugal (Vieira D., 1997):

- a) A necessidade de harmonização no espaço europeu do período de formação médica;
- b) A constatação de que não se justifica a integração a nível do ensino pré-graduado de diversas subespecialidades nascidas da fragmentação das grandes áreas tradicionais do ensino médico;
- c) A conveniência do ensino médico envolver o recurso a outros cenários com idoneidade (nomeadamente centros de saúde e ambulatório) para além dos tradicionais (hospitais escolares e faculdades de medicina);
- d) A pertinência da profissionalização em simultâneo com a licenciatura e da intervenção de várias disciplinas básicas e clínicas no ensino pós-graduado das especialidades;
- e) A evidência de que a educação médica é um processo contínuo no tempo, concretizável em diversas fases (pré-graduação, pós-graduação e formação contínua) interdependentes e sequenciais, mas cada uma delas com objectivos e especificidades próprias;
- f) A necessidade da criação nas Faculdades de Medicina de um Departamento de Educação Médica;
- g) A necessidade de alterações orgânicas, estruturais e funcionais a nível dos locais de ensino e da carreira docente.

Em termos gerais, a proposta do GTREM no que respeita ao ensino pré - graduado, elaborada no pressuposto da integração do ensino médico pré e pós-graduado numa perspectiva de continuidade, preconizava a abolição do Internato Geral a ser substituído por um período de exercício orientado, que constituiria o 6º ano. Os três primeiros anos do curso incluiriam as disciplinas

básicas, as disciplinas pré-clínicas e uma introdução à clínica constituiriam o 4º e 5º anos o ciclo clínico. Neste ciclo clínico seriam englobadas as grandes áreas que privilegiam a integração de conhecimentos nomeadamente: Medicina, Cirurgia, Saúde Materno-infantil, Saúde Pública, Clínica Geral e Saúde Mental, nas quais se devem integrar as matérias relevantes das diferentes disciplinas que constituem as especialidades. O 6º ano substituiria, o actual Internato Geral e compreenderia 15 meses (incluindo um de férias) de exercício orientado e programado divididos em duas fases. A primeira, com duração de onze meses dedicada à prática clínica da Medicina, Cirurgia, Saúde Materno-infantil, Saúde Pública e Clínica Geral, realizada em Hospitais e Centros de Saúde articulados por protocolo com a Instituição de ensino que será a orientadora pedagógica; a segunda, com a duração de três meses, dedicada à frequência de uma especialidade escolhida pelos alunos. No final deste estágio o aluno seria considerado licenciado em medicina, podendo exercer actividade médica por sua própria iniciativa.

Embora fossem documentos muito genéricos, que deixavam grande espaço de liberdade às diferentes Escolas, introduziam alguns aspectos práticos importantes. No entanto, os aspectos qualitativos do ensino, as adaptações pedagógicas que as modificações propostas exigiam e as dificuldades práticas em implementar uma Reforma de fundo são esquecidas nesses documentos. Estas tarefas parece terem sido deixadas ao cuidado de cada uma das Faculdades, sem qualquer empenhamento do Ministério da Educação e sem a previsão de mecanismos de articulação do processo nas diferentes Escolas Médicas. A experiência internacional demonstra que a grande dificuldade da reforma do Ensino médico reside precisamente na sua aplicação à prática, particularmente no contexto de Escolas tradicionais há muito estabelecidas. As decisões a tomar são muitas e complexas e o processo necessariamente longo e difícil (Pereira da Silva e col., 1994). Em quase premonição, a dificuldade de articulação das Escolas veio a ser um factor de instabilização da Reforma com uma grande penalização de todo o processo.

Em 1995 foi elaborado um projecto de decreto-lei que consignava todas estas

alterações, mas por falta de consenso com o Ministério da Saúde, que tivera quatro elementos no CIREM e com a Ordem dos Médicos (em relação à extinção do internato geral) ficou suspensa a sua publicação.

Iniciadas as reformas do ensino médico em todas as Faculdades de Medicina do país e dado o vazio legal entretanto deixado, foi nomeado novo Grupo de Trabalho sobre a Reforma do Ensino Médico (1999), que tendo por base todo o trabalho internacional e nacional já realizado, ao qual já fizemos referência, reiterou tudo o que anteriormente fora determinado e elaborou os seguintes princípios:

- melhor utilização dos tempos lectivos, proporcionada por uma reestruturação do processo formativo (envolvendo a reformulação de conteúdos, tecnologias utilizadas, etc.);
- não necessidade de fragmentação por subespecialidades;
- recurso a outros cenários de ensino (centros de saúde, consultas externas, ambulatórios, hospitais de dia);
- educação médica como um processo contínuo no tempo, concretizável em diversas fases (educação pré-graduada, pós-graduada, continuada).

Estas linhas orientadoras deviam ser implementadas em qualquer área do ensino médico, de acordo com o teor da própria área de conhecimento, da sua adequabilidade aos objectivos de ensino da própria disciplina e à disponibilidade dos recursos materiais e humanos. Apesar da maior dificuldade, o ensino de algumas disciplinas do ensino básico e pré-clínico também pode ultrapassar os próprios muros da Escola.

O novo licenciado em Medicina deverá ser um médico com boa formação geral, técnica e humana. “Deverá possuir um conjunto de conhecimentos, competências e atitudes que se podem enunciar do seguinte modo:

- Conhecimentos sobre a saúde (factores determinantes na sua promoção e preservação) e sobre a doença (mecanismos, prevenção e

controlo), no contexto global do indivíduo e da sua inserção na família e na sociedade;

- Competências clínicas básicas que lhe permitam diagnosticar e tratar os problemas clínicos mais prevalentes, aconselhar o doente, e, se necessário, encaminhá-lo criteriosamente para cuidados mais diferenciados. Novas competências no campo da comunicação e da capacidade de utilizar os modernos sistemas de comunicação e informação.
- Atitudes necessárias à realização dos mais altos padrões de qualidade da prática médica, tais como a observância da ética, humanidade na relação, sensibilidade social, capacidade de trabalho em equipa multiprofissional, gestão racional dos recursos disponíveis e interesse pelo seu próprio desenvolvimento profissional” (Relatório do Grupo de Trabalho sobre Formação Médica no Sistema Nacional de Saúde, 1999).

Trata-se de forma global de uma reforma médica, que se deve repercutir a nível de cada disciplina, reconhece a necessidade imperiosa de se preparar o licenciado para uma actualização permanente e para a constante revisão de conceitos e práticas, a imprescindibilidade de se promover e garantir uma permanente actualização e adequação dos métodos pedagógicos, a inevitabilidade de uma adequação sistemática dos métodos de avaliação e a oportunidade de se promover o intercâmbio de docentes, tanto a nível nacional como internacional (Fontes Ribeiro, 2001).

Qualquer disciplina da licenciatura em Medicina deverá estar integrada nestes objectivos, devendo contribuir para a construção da realidade integrada do que é - ser médico.

Simultaneamente, foram definidas listagens de objectivos cognitivos, desempenhos clínicos, comportamentos e atitudes, que constituiriam a orientação global para a formação médica por objectivos explícitos.

O Licenciado Médico em Portugal - Core Graduates Learning Outcomes Project

Com a liderança e coordenação da Faculdade de Medicina de Lisboa nas pessoas dos Profs. Doutores Henrique Bicha Castelo, Rui Victorino, Paulo Cunha e Carlota Saldanha, e com a colaboração das restantes Faculdades Portuguesas com ensino médico, tendo a Faculdade de Medicina de Coimbra como representantes os Profs. J. Pereira da Silva e Rui Santos foi estruturado um estudo aprofundado das competências nucleares do futuro licenciado em medicina. O relatório final que substancia o documento - O Licenciado Médico em Portugal - publicado em 2005, constitui um passo importante no trajecto iniciado uma década antes, e reflecte a vontade expressa das instituições em contribuírem para a efectiva modernização da formação médica e, por conseguinte, também para uma prestação de cuidados de saúde de qualidade em Portugal.

Entre os objectivos elencados como desejáveis para estes licenciados, seleccionamos os genéricos, pertinentes a qualquer disciplina, e aqueles, relacionados directamente com a área clínica, que se enquadram na disciplina de Dermatologia.

Finalidade geral

A finalidade da educação médica pré-graduada é ajudar o estudante médico a adquirir uma base de conhecimentos sólida e coerente, associada a um adequado conjunto de valores, atitudes e aptidões que lhe permita tornar-se um médico fortemente empenhado nas bases científicas da Medicina e na arte médica, bem como, nos princípios éticos, na abordagem humanista que constituiu o fundamento da prática médica e um cometimento no aperfeiçoamento ao longo da vida de modo a promover a saúde e o bem-estar

da comunidade.

Objectivos

Ao concluírem com sucesso a graduação em Medicina os médicos deverão ser capazes de múltiplas competências. De entre estas, as para que o ensino da Dermatologia podem ser relevantes são:

- Comunicar e interagir eficazmente com os doentes, família, colegas e todos os outros profissionais envolvidos na prestação dos cuidados de saúde.
- Demonstrar um comportamento profissional a nível pessoal e interpessoal.
- Ter consciência da sua própria saúde e dos comportamentos para a saúde, bem como do impacto potencial que estes podem ter nos doentes e na comunidade.
- Utilizar eficazmente a tecnologia de informação, avaliar e interpretar criticamente os meios auxiliares de diagnóstico na avaliação e selecção da melhor terapêutica para o doente.
- Demonstrar aptidões de auto-aprendizagem e investir nesta área, mantendo-se actualizado na sua área da Medicina e desenvolvendo as suas capacidades e aptidões ao longo da vida.
- Identificar e explorar todas as oportunidades para adquirir formação e experiência em investigação.

O Licenciado em Medicina deve ainda demonstrar atributos para os quais têm de concorrer as diferentes disciplinas do currículo, entre as quais a disciplina de Dermatologia, numa dinâmica vertical, mas também horizontal:

- Honestidade e preocupação com o bem-estar e necessidades dos

doentes.

- Empenhamento na aprendizagem ao longo da vida.
- Empenhamento na melhoria contínua das suas aptidões clínicas.
- Estar atento aos problemas que se colocam quer na prática médica como no exercício da investigação ao nível dos conflitos de interesse.
- Cometimento com a promoção da saúde e bem-estar da comunidade.
- Disponibilidade para liderar nas situações necessárias.

Conhecimentos

Ao terminarem o programa da graduação em Medicina, os médicos devem ser capazes de demonstrar compreender os seguintes tópicos nucleares:

- Ciências Básicas Tradicionais
- O indivíduo sem patologia:
 - estrutura normal e suas alterações (histologia e anatomia);
 - homeostase e os vários mecanismos importantes para a sua manutenção;
 - mecanismos de defesa contra a doença.
- Perturbações da estrutura e função:
 - alteração da estrutura dos vários órgãos e sistemas (patologia);
 - alteração da função dos vários órgãos e sistemas (fisiopatologia).
- Causas da doença nas diferentes fases do desenvolvimento:
 - várias etiologias das doenças ou síndromes mais comuns, nomeadamente de ordem genética, metabólica, tóxica, ambiental, nutricional, infecciosa, imunológica, neoplásica, degenerativa, traumática, psico-social e do desenvolvimento;

- agentes das doenças infecciosas, incluindo bactérias, vírus, fungos, parasitas e priões;
 - mecanismos pelos quais os vários agentes etiológicos, conhecidos ou desconhecidos, provocam doenças a nível celular ou dos tecidos (patogénese).
- O processo normal de envelhecimento em termos das manifestações biológicas, psicossociais e clínicas bem como o conhecimento das doenças relativas ao envelhecimento e às várias causas de incapacidade inerentes à idade avançada.

Ciências Clínicas

- Manifestações das doenças de maior prevalência a nível clínico, patológico, laboratorial e imagiológico, especificamente em Portugal, bem como das doenças ilustrativas de princípios fundamentais.
- Estruturas familiares (incluindo os padrões habituais da vida em comunidade que diferem da família nuclear tradicional) e os padrões disfuncionais a nível das relações familiares (por exemplo, violência, abuso).
- Diferenças entre as definições médicas e leigas de “saúde”, “doença” vs. “pessoa doente”; diferentes variáveis envolvidas no processo de cura (diferença entre curar “a doença” vs. curar a “pessoa doente”).
- Prevenção e tratamento eficaz das doenças e síndromas comuns incluindo a farmacologia; cirurgia; radioterapia; psicoterapia; imunoterapia; terapêutica genética; terapêutica nutricional; fisioterapia; modificação do estilo de vida (por exemplo “parar de fumar” ou “controlar o peso”).
- Papel, prevalência e limitações de terapias alternativas e complementares de uso comum.

ATITUDES E COMPORTAMENTOS PROFISSIONAIS

No final da educação médica pré-graduada, os médicos, devem comportar-se de modo a serem guiados pelos princípios e valores fundamentais da prática clínica, expressos ao longo deste documento. Devem demonstrar especificamente, as seguintes atitudes e comportamentos profissionais:

Atributos Pessoais

- Respeito por todo o ser humano, incluindo o respeito pelas fronteiras sexuais.
- Respeito pelos valores da comunidade, incluindo a valorização da diversidade das características humanas e dos valores culturais.
- Os médicos devem estar preparados para prestar cuidados de saúde da mais alta qualidade com integridade, honestidade, empatia e solidariedade independentemente da doença, prognóstico, idade, género, orientação sexual, etnia, religião, cultura ou classe socio-económica do doente.
- Responsabilidade pessoal pelo tratamento do doente individual, fiabilidade e pontualidade.
- Empenho no que respeita ao alívio da dor e sofrimento.
- Desenvolvimento pessoal: Os médicos devem ser capazes de identificar as próprias necessidades de aprendizagem, assumir a responsabilidade pela formação contínua e demonstrar iniciativa para tal, devem ser receptivos à prática de “feedback” e críticas, bem como demonstrar compreender os seus pontos fortes, vulnerabilidades e áreas que necessitam ser aperfeiçoadas.
- Auto-reflexão: Os médicos têm de demonstrar a capacidade de auto-reflexão, particularmente no que respeita aos atributos profissionais, bem como no controlo dos sentimentos e reacções pessoais perante o

sofrimento e a doença.

Relações Profissionais

- Respeitar e reconhecer na relação médico-doente e discente-docente os limites entre obrigações pessoais e profissionais.
- Com os outros colegas, os médicos têm de estar disponíveis e abertos para:
 - cooperar;
 - aceitar a perícia dos outros;
 - articular a sua participação pessoal em equipas médicas com objectivos precisos.
- Com os outros profissionais de saúde, os médicos devem:
 - demonstrar a sua capacidade para trabalhar eficazmente em equipa;
 - colaborar interdisciplinarmente com base no conhecimento e respeito pelos papéis dos outros profissionais de saúde.
- Com os doentes, os médicos devem:
 - ter consciência da importância e do potencial terapêutico da relação médico-doente;
 - respeitar a confidencialidade e privacidade no tratamento do doente.
- Com as famílias dos doentes, os médicos têm de estar conscientes da necessidade de comunicação e do seu envolvimento no planeamento global das acções terapêuticas o que também se aplica a todos os outros prestadores de cuidados.

Relação com a Sociedade e Sistema de Prestação de Cuidados de Saúde

- Aspectos éticos e legais: os médicos devem implementar na prática a conhecimentos éticos e legais o que implica:
 - Aplicar princípios da confidencialidade, consentimento informado, honestidade e integridade;
 - Lidar eficazmente com as queixas relativas à sua própria prática ou à de outros colegas;
 - Respeitar os direitos do doente;

Aptidões interpessoais de comunicação

Ao terminar o programa da formação pré-graduada em Medicina o médico será capaz de:

- Comunicar eficazmente, tanto oralmente como por escrito, com os doentes e suas famílias, médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde e com o público em geral, tanto individualmente como em grupo.
- Demonstrar compreender a importância da comunicação verbal e não verbal em Medicina para obter ou transmitir informação. Devem também ser capazes de utilizar a linguagem como instrumento que promova a função do médico no processo de cura (healing function).

Aptidões gerais

Ao terminar a graduação em Medicina o médico tem de ser capaz de:

- Apresentar a informação de modo claro, qualquer que seja o suporte (escrito, oral ou electrónico), para além de comunicar ideias e argumentos de modo eficaz.

- Compreender a importância da informação como instrumento terapêutico e demonstrar a capacidade para prestar ao doente informação exacta, verdadeira, adequada, no momento certo, utilizando uma linguagem médica compreensível e adequada ao nível socio-cultural.
- Demonstrar uma atitude pró-activa no que respeita à procura de informação relevante do ponto de vista profissional, a partir da literatura ou outras fontes, à avaliação dessa mesma informação e à sua transmissão a terceiros. Isto requer:
 - procurar activamente a literatura relevante (biblioteca, pesquisa por computador);
 - seleccionar a literatura e manter-se actualizado;
 - ter espírito crítico sobre a literatura médica;
 - assumir a responsabilidade pela própria formação ao longo da vida;
 - ter a noção de que a formação pós-graduada é um contínuo da educação médica graduada;
 - ser capaz de identificar áreas menos esclarecidas e/ou lacunas na própria prática profissional e tentar eliminá-las (mediante cursos de actualização ou outros meios);
 - ser capaz de utilizar os novos conceitos adquiridos.
- Demonstrar uma atitude esclarecida quanto à investigação e aos métodos científicos, o que implica:
 - compreender e avaliar criticamente a metodologia;
 - formular questões de investigação pertinentes para a Medicina;
 - reconhecer a importância do rigor na recolha, análise e interpretação de dados;
 - avaliar, interpretar e apresentar criticamente os resultados da investigação.

- Levar em consideração a ética médica quando da tomada de decisões.
- Demonstrar uma abordagem crítica, cepticismo construtivo, criatividade e uma atitude orientada para a investigação nas suas actividades profissionais comuns.
- Reflectir sobre a prática, ser auto-crítico e avaliar o seu próprio trabalho e o dos outros.
- Lidar com a incerteza e trabalhar num contexto de permanente mudança.
- Envolver-se com sucesso na auto-aprendizagem, identificar e elaborar estratégias para atingir os objectivos da aprendizagem ao longo da vida (Mota Pinto A, 2007).

Neste documento, exaustivo e descritivo, está compilada toda a filosofia da educação médica até ao momento vertida, mas tem a virtude de sublinhar áreas, que no advento do século XXI, nunca é demais salientar:

- O apelo a princípios, valores e sentido de justiça, que são apanágio ancestral da profissão médica.
- A ética médica e a sua cada vez maior importância, praticamente paralela ao desenvolvimento da moderna tecnologia médica.
- O cometimento pessoal em princípios humanistas e de apoio a todos os carenciados e doentes, que vejo como oposição directa à visão mercantil da Medicina emergente no momento em que este documento foi tornado público.
- O envolvimento pessoal na formação médica continuada como condição para um exercício profissional condigno.
- A aposta de deixar claro, no ensino pré-graduado, uma visão correcta do que é a investigação, nomeadamente a investigação clínica. Que a atenção e curiosidade no exercício clínico da Medicina em quaisquer condições, é já uma atitude de investigação ou da procura de

oportunidades de investigação.

Tenho de referir que, pessoalmente, gostaria que este documento - O Licenciado Médico em Portugal - Core Graduates Learning Outcomes Project - estivesse muito mais difundido porque honra quem o coordenou, quem de alguma forma contribuiu para ser dado à estampa e honra, como base orientadora do ensino médico, isto é, da profissão médica, todos aqueles que nele se revêem.

Integração europeia - Processo de Bolonha

Ao mesmo tempo que estamos num processo de reforma do ensino médico estamos também, como já referimos, a proceder a uma tentativa de harmonização do ensino superior no espaço europeu. Foi em 1998, com a “Declaração da Sorbonne” subscrita pelos Ministros da Educação de França, Alemanha, Itália e Reino Unido que, após se ter tornada necessária, começou a ser pensada e implementada no ano seguinte com a “Declaração de Bolonha” (Bologna declaration, 1999) assinada pelos ministros de vinte e nove países europeus, incluindo Portugal, reunidos nesta cidade italiana, que estabeleceu a criação de um Espaço Europeu de Ensino Superior, propondo 2010 como meta da convergência.

De forma a alcançar os objectivos de harmonização e uniformização dos sistemas de ensino superior a nível europeu, e com a intenção de aumentar a competitividade dos sistemas de ensino e de promover a mobilidade e emprego no espaço europeu, a [Declaração de Bolonha](#) propôs seis itens de acção já enunciados no capítulo sobre a Universidade e o Ensino (Bologna declaration, 1999; Lourtrie P, 2000):

- adopção de um sistema de “graus” facilmente compreensíveis e comparáveis;
- adopção de um sistema baseado em dois ciclos de ensino, um primeiro

ciclo mais dirigido ao mercado de trabalho e durando pelo menos três anos, e um segundo ciclo (Master) condicionado pela conclusão do primeiro ciclo;

- estabelecimento de um sistema de acumulação e transferência de créditos - o ECTS European Credit Accumulation and Transfer System (ECTS), que já era utilizado no [programa Erasmus](#);
- promoção da mobilidade de estudantes, docentes, investigadores e outros trabalhadores, removendo obstáculos administrativos e legais ao reconhecimento de diplomas;
- promoção da cooperação europeia na avaliação da qualidade do ensino superior;
- promoção de uma dimensão europeia do ensino superior.

Desde a reunião de Bolonha os ministros da educação de cada estado signatário da declaração reúnem-se a cada dois anos, para promover o desenvolvimento da integração do sistema de ensino universitário europeu, no que tem sido designado como “Processo de Bolonha” - reuniões de Praga (2001), já com trinta e um ministros (Lourtrie, 2001), Berlim (2003), onde foram aceites os pedidos de adesão dos países de leste e da Rússia, expandindo o número de países signatários para quarenta (www.bologne-berlin2003.de), Bergen (www.bologne-bergen2005.de) e Londres (www.bologne-london2007.de).

Em cada uma destas reuniões é emitida uma declaração com o resumo dos progressos alcançados, e estabelecendo as sucessivas prioridades de curto e longo prazo.

Na reunião de Praga o grupo ministerial de acompanhamento foi reforçado com a inclusão da Comissão Europeia, da [Associação Europeia das Universidades](#) (EUA), da [Associação Europeia das Instituições de Ensino Superior](#) (EURASHE), e das [Associações Nacionais de Estudantes na Europa](#) (ESIB).

As prioridades estabelecidas em cada uma destas reuniões foram as seguintes (Marques Gomes, M.):

- PRAGA – 2001
 - inclusão de estratégias de aprendizagem ao longo da vida ("life long learning");
 - envolvimento das instituições de ensino superior, representadas pela [Associação Europeia das Universidades](#) (EUA) e pela [Associação Europeia das Instituições de Ensino Superior](#) (EURASHE), como parceiros activos do processo;
 - envolvimento dos estudantes, representados pelas [Associações Nacionais de Estudantes na Europa](#) (ESIB), como parceiros essenciais do processo;
 - aumento da atracção e competitividade da "European Higher Education Área".

- BERLIM – 2003

Foi decidido acelerar o processo, pelo estabelecimento de metas intermediárias a atingir em 2005:

 - [garantia da qualidade](#) pela certificação do ensino superior;
 - adopção de estrutura baseada em dois ciclos de ensino principais (com os graus de "bachelor" e "master");
 - inclusão dos programas de doutoramento como um 3º ciclo de ensino, promovendo a ligação entre o Espaço Europeu de Ensino Superior e o [Espaço Europeu de Investigação](#);
 - reconhecimento dos graus e períodos de estudos, atribuindo papel relevante aos créditos curriculares ECTS;

- [BERGEN](#) – 2005
 - reforçar a dimensão social do processo;
 - remover os obstáculos à mobilidade até 2007;

- implementar as linhas orientadoras da gestão/certificação da qualidade,
 - implementar as estruturas nacionais de qualificações;
 - criar e reconhecer diplomas conjuntos;
 - criar percursos flexíveis de aprendizagem no ensino superior;
 - reforçar a investigação e inovação, com o objectivo de melhorar a qualidade e aumentar a competição da "European Higher Education Área";
 - necessidade das Universidades criarem programas de doutoramento, correspondentes ao terceiro ciclo, com a possível uniformização de programas e com treino interdisciplinar e competências transferíveis, de forma a poderem dar resposta a um mercado de trabalho mais alargado.
- LONDRES - 2007
- O Grupo de Acompanhamento do Processo de Bolonha comprometeu-se a promover a completa implementação das linhas de acção pré-estabelecidas com particular atenção aos seguintes aspectos:
- mobilidade dos estudantes e professores;
 - dimensão social do ensino;
 - empregabilidade dos licenciados;
 - implementação da avaliação da qualidade do ensino;
 - monitorização da evolução do Processo de Bolonha.

Em 2006 foi regulamentado em Portugal, por decreto-lei, o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, de acordo com o "Processo de Bolonha" (Diário da República, de 24 de Março de 2006.), sendo registado que "para algumas profissões são internacionalmente exigidas formações mais longas, correspondentes a quatro, cinco ou seis anos curriculares de trabalho. Contam-se neste grupo aquelas que são objecto de normas comunitárias de

coordenação das condições mínimas de formação, como as constantes da Directiva nº 2005/36/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro (Jornal Oficial, nº L 255, de 30 de Setembro de 2005), onde se incluem os médicos, os enfermeiros responsáveis por cuidados gerais, os médicos dentistas, os médicos veterinários, os enfermeiros especializados em saúde materna e obstetrícia, os farmacêuticos e os arquitectos".

Este decreto-lei é complementado pela legislação anteriormente publicada relacionada com o sistema de unidades de crédito europeu ECTS, bem como pelo Suplemento ao Diploma (enunciando este suplemento as disciplinas ou áreas de estudo realizáveis, com os respectivos créditos e classificações convertidos na escala ECTS) regulamentados por despacho governamental em Maio de 2005 e aprovados pelo Senado da Universidade de Coimbra.

No decreto-lei nº74/2006, a Medicina é considerada como um caso particular. Com efeito, a aplicação do "Processo de Bolonha" à Licenciatura em Medicina tem sido difícil, sendo ainda escassos os países europeus onde foi eficazmente implementado.

Após uma fase de reflexão nem sempre consensual, a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra iniciou uma nova reforma curricular do Curso de Medicina, para o adaptar às orientações do "Processo de Bolonha". A implementação do novo plano de estudos - Ciclo de Estudos Integrado Conducente ao grau de Mestre em Medicina ou Mestrado Integrado de Medicina - obriga a um processo faseado de transição curricular, coexistindo o plano de estudos tradicional até 2010.

Entretanto foi criado o Grupo de Missão para a implementação do processo de Bolonha a nível nacional, tendo como coordenador o Prof. Doutor João Lobo Antunes.

A nível da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, a coordenação de todo o processo é conduzida pelo Conselho Científico que tem sob a sua tutela a Comissão de Implementação do Processo de Bolonha constituída por 6 Professores (1 de cada ano) e dois alunos do Conselho Pedagógico.

Como corolário, e no enquadramento de duas grandes modificações em curso, uma reforma do ensino superior e a integração e harmonização do ensino superior no espaço europeu, de que já discutimos o profundo significado na capítulo “ A Universidade e o Ensino”, a disciplina de Dermatologia e Venereologia deve fornecer conhecimentos e competências e dar exemplo das atitudes na sua área de conhecimento. Deve estar atenta às transformações que se vão operando, na sociedade em geral e no ensino e prática da Medicina em particular. Não deve fazer rupturas no sistema de ensino, quase sempre experimental, mas deve estar predisposta a fazer a sua própria investigação metodológica do ensino médico e da dermatologia clínica.

A REFORMA DO ENSINO MÉDICO NA
FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

A REFORMA DO ENSINO MÉDICO NA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

Completamente envolvida mas com algumas ressalvas e formas próprias de ver todas estas questões do Ensino Médico, expostas no capítulo anterior, a Faculdade de Medicina de Coimbra foi acompanhando a realidade envolvente e seguindo o seu caminho.

Sobre a efectiva aplicabilidade e utilidade do projecto apresentado pelo GTREM e da possibilidade da imediata concretização do plano de estudos nele perspectivado, na Faculdade de Medicina de Coimbra, foi chamado a pronunciar-se o seu Conselho Pedagógico. Na reflexão efectuada, considerou este Conselho “urgente e inevitável que ocorram mudanças profundas no ensino médico pré-graduado” mas expressou também algumas reservas e preocupações face ao novo programa proposto na sequência dos trabalhos da CIREM e do GTREM e, sobretudo, à precocidade pretendida para a sua entrada em execução.

Em Março de 1994 o Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Coimbra nomeou uma Comissão de Acompanhamento da Reforma do Ensino Médico. Esta viria a produzir diversos documentos, de entre os quais em Janeiro de 1995 a definição das linhas programáticas em termos de objectivos de formação, as orientações pedagógicas gerais defendidas e os cenários de ensino, bem como os métodos de ensino e de avaliação a aplicar na formação pré-graduada, linhas programáticas estas que se constituíram pilar fundamental da nova reforma.

Em linhas gerais chamava-se a atenção para o risco permanente de excessiva carga factual do ensino; o combate à excessiva separação entre as áreas de ensino básico - ensino clínico, promovendo a sua integração e interligação de conteúdos, de forma progressiva e equilibrada; a conveniência de, em todas as áreas, de dar ao aluno uma visão global do Homem no estado de saúde e

doença no contexto do seu meio social; a necessidade de se ter em consideração a multiplicidade de carreiras profissionais, facultando-se a oportunidade de exposição a áreas diversificadas e a temas electivos utilizados como elemento de detecção vocacional; a indispensabilidade de se preparar o licenciado para uma actualização permanente e para a constante revisão de conceitos e práticas; o interesse do alargamento do ensino a instituições diversificadas onde se processa o exercício da medicina; a oportunidade de se promover o intercâmbio de docentes e discentes; a necessidade de serem mantidos uma permanente actualização e adequação dos métodos pedagógicos; a inevitabilidade da adequação à nova realidade dos métodos de avaliação.

Mas este documento enunciava também alguns quesitos condicionantes:

- Necessidade de se promover o desenvolvimento das condições que permitam maior dedicação e eficácia do corpo docente, nomeadamente aspectos relativos ao estatuto da carreira docente e regime remuneratório;
- Procurar assegurar recursos financeiros essenciais à modernização pedagógica e aos novos esforços formativos;
- Revisão das relações institucionais entre a Faculdade de Medicina e as restantes estruturas de Saúde colaborantes no ensino, de forma a garantir o controlo da qualidade do ensino realizado extra-muros e do qual a Faculdade é a única responsável.

Em Março de 1995, a Comissão de Revisão Curricular encarregada de apresentar uma proposta de reforma de ensino apresentou o resultado do seu trabalho. Nessa proposta propunha-se a criação de 14 áreas de ensino com o objectivo de “evitar sobreposições e hiatos” de matérias, propondo-se para cada uma delas um coordenador pedagógico com funções bem definidas.

Sugeriu-se a constituição de um leque de cadeiras de opção para além do curriculum nuclear obrigatório. Preconizou-se ainda a aplicação de um sistema

que promovesse hábitos de trabalho autónomo, de iniciativa e de formação próprias e auto-avaliação contínua.

Previram-se 15 semanas de leccionação por cada semestre seguidas de duas semanas de avaliação, sendo o número de alunos dividido em dois nas disciplinas semestrais (metade leccionada em cada semestre) e um total de 5685 horas para o global da licenciatura. O conteúdo curricular incluía conhecimentos essenciais e nucleares obrigatórios e exigíveis para uma licenciatura em Medicina bem como alguns módulos optativos. No ano profissionalizante estipularam-se 15 meses de exercício orientado e programado e a concretização, durante os 11 primeiros meses de prática tutelada, de uma série de seminários interdisciplinares.

Os princípios e as propostas deste documento foram aceites tendo sido aprovado, em Junho de 1995, pelo Senado da Universidade de Coimbra e posteriormente publicado em Diário da República. No ano lectivo de 1995/96 iniciou-se a sua aplicação de forma progressiva, isto é a partir do primeiro ano e não simultaneamente no 1º e 4º como defendia o relatório do GTREM.

Em termos teóricos, a reforma empreendida pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra está de acordo e veio ao encontro da “Declaração de Edimburgo” e das propostas apresentadas pela CIREM e pelo GTREM. Baseia-se numa filosofia educacional nova, baseada no binómio ensino-aprendizagem, assenta numa adequada definição dos objectivos pedagógicos, privilegia a aprendizagem activa e considera a pré-graduação como fase preliminar do processo educativo. Teoricamente ainda, aponta também de forma decisiva para a formação de homens educados para médicos, aos quais já fazia referência o relatório Todd, com potencialidades para eventual especialização clínica ou laboratorial numa das múltiplas valências que a vocação, condições e oportunidades posteriores determinem. Pretende-se ainda que se mantenham motivados e aptos para uma auto-aprendizagem consequente e para a aprendizagem ao longo da vida.

Acresce ainda que, na prática, permitiria também cumprir o objectivo de

encurtamento do tempo de ensino.

A nova reforma curricular contém todas as condições objectivas para estabelecer bases sólidas nesta primeira etapa da formação médica - o ensino pré-graduado, a que outras, de forma coerente e com o devido enquadramento, terão necessariamente de seguir-se (formação pós-graduada e formação contínua).

O seu articulado enquadrava-se completamente nos objectivos gerais da licenciatura em medicina defendidos por Martins e Silva (1995) que, na mesma época, os elencava do seguinte modo:

- Conhecimentos precisos sobre o organismo humano nos seus diversos aspectos estruturais e funcionais, saúde mental e comportamento;
- Conhecimentos e treino de técnicas de comunicação e de observação clínica elementar;
- Preparação para identificar, analisar, interpretar e resolver problemas clínicos e situações patológicas comuns não especializadas, com base numa estratégia de acção adquirida pela experiência;
- Preparação para acções preventivas da saúde individual e colectiva;
- Conhecimentos sobre o método, conceitos e utilidade da investigação científica para a competência profissional e para o progresso da medicina;
- Capacidades e preparação para colocar o doente no centro das atenções e preocupações, individuais ou colectivas, procurando o equilíbrio com os seus interesses pessoais e familiares;
- Conhecimento razoável sobre a estrutura e funcionalidade dos serviços de saúde e subsistemas relacionados, estruturas de apoio social e aspectos económicos da saúde;
- Conhecimento e preparação para identificar e solucionar problemas médico-legais comuns, de índole clínica ou biomédica;

- Capacidade e preparação para identificar e resolver situações de conflito ético de âmbito clínico, científico ou social.

Tinha também toda a metodologia para atingir os objectivos profissionalizantes da licenciatura em medicina, preconizados pelo mesmo autor, e que são:

- Conhecimentos, aptidões e experiência suficientes para assumir responsabilidades e solucionar problemas clínicos que estejam no âmbito da sua competência;
- Conhecimentos, capacidades e sentido de responsabilidade para participar em qualquer tipo de formação médica pós-graduada, para se adaptar às modificações da ciência ou do meio social e para se manter actualizado;
- Capacidades e disciplina para cooperar e desempenhar funções em equipa com outros profissionais do sistema de saúde;
- Atitudes e valores adequados à profissão médica, privilegiando a comunicação, o apoio, o bem estar, a recuperação da saúde de doentes, a melhoria ou a preservação da saúde pública;
- Tomar decisões e assumir todas as responsabilidades que julgue necessárias, isoladamente ou em cooperação com outros profissionais da saúde;
- Capacidades e treino para actuar cientificamente com sentido crítico e inovador, no exercício da profissão.

Não havendo diploma legal que suportasse a Nova Reforma nem na Faculdade de Medicina de Coimbra nem nas restantes Faculdades de Medicina Portuguesas, todas recorreram à autonomia universitária, e fizeram publicar os seus planos de estudos e de organização dos cursos, mantendo o princípio dos cinco anos de licenciatura seguidos do ano profissionalizante.

Deste modo, oficioso, a Nova Reforma foi tomando forma e existindo de facto,

desde o ano lectivo de 1995-96, embora com estruturas diversas nas cinco faculdades portuguesas, então existentes, enfrentando muitos obstáculos, dos quais o mais perverso era e foi durante muito tempo, em nossa opinião, a manutenção do Internato Geral.

Terminou actualmente o Internato Geral, mas foi substituído pelo ano comum de 12 meses. Mantém-se ainda descoordenação entre os diversos intervenientes e falta de identificação de critérios no modelo de ano profissionalizante, praticado pelas diversas Faculdades.

Enquadrando o processo da Reforma e seguindo todas as directivas nacionais e internacionais que a suportam, foi criado em Dezembro de 2002 na Faculdade de Medicina de Coimbra um Departamento de Educação Médica (DEM). Tem, de entre as suas competências, a de incentivar acções de formação pedagógica de docentes e o recurso a novas metodologias de ensino, a coordenação e articulação de todos os conteúdos curriculares promovendo a sua revisão periódica, bem como os sistemas de avaliação, em colaboração com o conselho pedagógico.

O trabalho realizado no DEM tem-se centrado nas prioridades definidas pela Escola, e nos resultados e recomendações das comissões de avaliação, efectuadas pelos técnicos do “Imperial College” no âmbito do Grupo Missão para a Saúde, da Comissão de Avaliação Externa (CAE) das Licenciaturas em Medicina e da Avaliação pela Associação Europeia de Universidades (EUA).

Os seus principais objectivos têm sido:

- Lançamento de um programa de formação de formadores Teaching Improvement Project (TIP’S), em colaboração com a Universidade de Nottingham, no sentido de oferecer oportunidades de treino e aperfeiçoamento pedagógico a todos os docentes que o pretendam.
- Avaliação da Qualidade Pedagógica da Escola, em que, tendo por base um inquérito experimental realizado na disciplina de Fisiopatologia, de avaliação da disciplina pelos alunos, o aplicou numa versão preliminar à avaliação de todas as disciplinas de ambas as licenciaturas da FMUC.

Procedeu, depois da sua aplicação, a uma análise dos problemas transversais detectados, sugerindo um conjunto de recomendações. Actualmente o inquérito foi corrigido e adequado à realidade global da Escola mantendo-se uma ferramenta viva.

Mantém agora a avaliação pelos alunos de todas as disciplinas de ambas as licenciaturas, Medicina e Medicina Dentária, que é realizado e avaliado anualmente.

Tem ainda como objectivo a criação de um Laboratório de Competências Clínicas para aprendizagem e treino de aptidões técnicas e criação de condições adequadas para treino e avaliação de competências de comunicação

Mas, tendo consciência que o trabalho realizado no ensino médico não é ainda valorizado comparativamente aos padrões de reconhecimento do bom desempenho clínico ou de investigação, entende-se ainda como muito importante a:

Promoção do mérito pedagógico bem como o seu reconhecimento e compensação

CONDICIONANTES OBJECTIVAS DA REFORMA

Para atingir em plenitude os objectivos de uma reforma sustentada do ensino médico quer os gerais, quer os profissionalizantes são necessários, no entanto, alguma verbe mas não verborreia; alguns documentos estruturantes - mas não muitos; algumas directivas - mas não exaustivas. É necessário, isso sim, um conhecimento pormenorizado dos objectivos que se pretendem, e um cometimento pessoal, organizacional e do poder político dificilmente atingível no momento actual. Para um ensino profissionalizante são necessários docentes profissionalizados, constantemente disponíveis quer pessoalmente

quer através de meios informáticos. Esse docente deve estar fortemente motivado e após ter feito algumas opções de carreira profissional, deve ter sentido na carreira docente universitária várias motivações diversas, mas no contexto global, aliantes. Num país, em que na situação actual todos os médicos têm emprego e em que a opção pela carreira docente universitária em exclusividade não é de todo apelativa para a generalidade das situações, são necessárias, objectivamente, novas opções estruturantes.

Apesar de toda a argumentação teórica e demonstrativa, nada do que é necessário é fácil de atingir. As casas onde hoje se ensina Medicina são grandes Hospitais Centrais e a quase totalidade empresas públicas. Estes hospitais têm um orçamento em regra 3 vezes superior às Universidades que os “acolhem” e 20 vezes superior às respectivas Faculdades de Medicina.

Não é difícil, portanto, perceber quem detém efectivamente o poder, e o argumento académico e da razão, sem o necessário suporte político, que há muito abandonou as Faculdades e as Universidades e se escudou na autonomia, tem muitas vezes apenas a força de uma convicção moral e o peso da memória (Lobo Antunes, J, 1999).

Falámos desde sempre em ensino pré-graduado, pós-graduado e educação médica continuada. Nos Hospitais Centrais de Ensino em que trabalhamos, não ensinamos só os alunos, aprendizes do ofício, mas também aqueles que já tendo licença para o praticar procuram junto de nós a necessária especialização e o contínuo aperfeiçoamento. Só por completa aberração se insiste em impor um rácio professor/aluno baseado exclusivamente no ensino pré-graduado, que ignora a missão educativa global e a projecção profissional das Faculdades de Medicina com diferenças objectivas das restantes. No entanto, as Faculdades de Medicina e com a mesma matéria prima vão aumentando “os produtos” que oferecem: doutoramentos; mestrados; pós-graduações; estágios para colegas estrangeiros; estágios parcelares em sub-especialidades da sua área e em outras especialidades médicas. No nosso caso, no ensino pós-graduado e para médicos externos à nossa responsabilidade directa, em Dermatologia Cirúrgica, Alergologia cutânea e

Dermatopatologia como sub-especialidades e para Medicina Interna, Infeciologia, Alergologia e Medicina Familiar.

Mas, de forma paralela, a Escola tem obrigatoriamente de exigir aos seus docentes uma outra competência, a competência técnica, e esta, felizmente, não é possível dissimular. Vivemos numa hierarquia de conhecimento e competência, e qualquer cedência a este nível é, a curto prazo, fatal às Faculdades de Medicina se não surgir a integração, isto é, o verdadeiro Centro Hospitalar Universitário. É obviamente nos hospitais de ensino, onde se pratica a medicina mais complexa, onde se ensaiam as novas tecnologias, e se avalia do valor acrescentado de determinada técnica ou fármaco, que devem estar os mais capacitados médicos do país e destes a maior e melhor parte devem ser académicos. Para cumprirem cabalmente todos os seus objectivos têm esses hospitais de ter legislação, orçamento e um tratamento político diferenciados de todos os outros.

O ensino médico do nosso tempo teve até recentemente e por contingência três tutores: O seu progenitor legítimo, ausente ou simplesmente distraído, que mais parece ter enjeitado a paternidade, era o Ministério da Educação; o padrinho, que lhe dava magra mesada mas lhe prometia sempre um futuro de grandes possibilidades, era o Ministério da Ciência.

O actual Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior não irá modificar grandemente a realidade prévia. Mais preocupado com os rankings internacionais referentes a investigação, em que Portugal é avaliado, e confrontado com a sua modesta posição de 40º no ranking mundial de publicações, imediatamente abaixo da Tailândia e acima do Irão, vai com certeza investir muito mais em investigação que em ensino e haverá verbas para contratar investigadores mas nenhuma para professores.

Mas, aqui e por todo o mundo, o verdadeiro patrão cuja preocupação é garantir a máxima produtividade com o mínimo de despesa e que vai requerer aos Hospitais de ensino maior produtividade e melhor qualidade que aos restantes, é o Ministério da Saúde.

Temos, no entanto a obrigação de advertir para que se não tenham ilusões: uma boa educação médica é, em todo o mundo, cara e carece da colaboração activa de todos para ser levada a bom porto. Esta chamada de atenção é particularmente dirigida aos Ministérios da Saúde pelo facto de serem, em quase exclusividade, o utilizador do produto final.

As gerações jovens aperceberam-se, pelo menos até ao momento, que a Medicina é a profissão com saídas profissionais mais seguras. Deste modo, os Ministérios da Saúde ainda se dão ao luxo de especificar a encomenda na qualidade e no número, quer em relação ao ensino pré como ao pós-graduado (Lobo Antunes, J., 1999).

Dois outros problemas da maior importância e condicionantes da Reforma do ensino médico são os do *numerus clausus* e do sistema de acesso à licenciatura em medicina.

Relativamente ao primeiro, o *numerus clausus*, deveria manter o equilíbrio entre a oferta e a procura de médicos, manter os índices médico/habitante aconselhados pelas organizações internacionais, cotejadas pela realidade nacional e também funcionar como factor de segurança da capacidade objectiva de formação das Escolas Médicas. No entanto, apesar de nos termos mantido dentro de índices com alguma razoabilidade na maior parte das especialidades, criou-se uma realidade axiomática de que existe falta de médicos em Portugal. É possível que possa haver uma situação crítica entre 2010-2015, época em que a maioria dos médicos que iniciaram a carreira de Medicina Geral e Familiar vão estar em condições de aposentação. Mas até lá e numa época em que as Faculdades de Medicina aumentaram globalmente a oferta de formação para, em 2008/2009, 1614 vagas, o que representa um aumento de 15% em relação ao ano anterior, podemos estar ainda a tempo de tomar as medidas adequadas ao controlo da situação. Os especialistas nacionais em demografia médica chamam ainda a atenção para que, se não se começar a diminuir estes *numeros clausus* a partir de 2009-2010, iremos ter desemprego médico a muito curto prazo já que estes médicos, agora a entrar, já não vão contribuir para a resolução da crise e podem inclusive estar

a criar uma outra, a de excesso de médicos. Chamam também a atenção para a existência de uma Faculdade de Medicina invisível, no exterior do país, de que desconhecemos a realidade em números, mas que vai começar a debitar também médicos para o mercado de trabalho nacional. É necessário ter alguma forma de iniciativa e criatividade para ultrapassar a crise de 2010-2015, em que cerca de um terço da população portuguesa em áreas do litoral, com especial incidência na península de Setúbal, ficará sem médico de família. Alterar o sistema remuneratório dos médicos de família, como já são exemplo as Unidades de Saúde Familiar (USF) e porventura de todos os médicos, não em retórica eleitoral e política, mas de forma decidida e a curto prazo, serão medidas imprescindíveis à manutenção de um Serviço Nacional de Saúde.

A nossa Faculdade com uma oferta de 253 vagas neste ano de 2008/2009, aumentadas pelos alunos das regiões autónomas e por alguns alunos que vêm ao abrigo de situações especiais, fica, na disciplina de Dermatologia e Venereologia e provavelmente nas restantes, com o limite máximo de formação ultrapassado. Turmas práticas de mais de 14 alunos que contacto podem ter com o doente? Como podemos acomodar 30 alunos por dia para além do trabalho normal de uma enfermaria? Como podemos cumprir as regras de ensino e as recomendações nacionais e internacionais que conduziram à Reforma? A não ser que a Reforma passe a ser exclusivamente no papel e a realidade se conforme com características objectivamente diferentes, que serão o melhor que se pode fazer nestas condições. E a situação dos médicos hospitalares que colaboraram ou colaboram no ensino médico e que não foram devidamente retribuídos por falta de recursos financeiros ou, provavelmente, ainda pior, por dificuldades burocráticas no cumprimento de alguns mecanismos de engenharia financeira necessários à libertação de verbas destinadas a tal fim? O poder político deve ser responsabilizado pelo cumprimento das suas obrigações no suporte financeiro da formação médica e deve ser forte e imediatamente penalizado - a linguagem que os políticos melhor entendem - logo que haja qualquer deficiência ou falta grave da sua parte.

Uma palavra apenas para esta quase impossibilidade da aceitação dos Centros Hospitalares Universitários, para esta dificuldade de verbas para o pagamento aos médicos que praticam ensino clínico nos Hospitais - Escola - em sentido lato, para o modo como tem sido tratado, desde há 50 anos, o ensino médico em geral e o ensino clínico em particular.

Após o impacto inicial desconcertante e alguma reflexão, tenho de concordar com Jaime Celestino da Costa (2001), grande Mestre da Medicina portuguesa, que escrevia: “O problema fulcral da nossa educação médica é realmente o da não consideração do ensino da Medicina como uma das formas de ensino superior - de ensino universitário. A este associa-se outro erro de visão em relação à medicina clínica, vista pelas instâncias superiores como uma matéria estática, de codificação fixa e de interesse apenas prático - quando, pela sua permanente evolução científica e tecnológica, exige uma educação contínua e uma actividade de pesquisa activa e ininterrupta”. Neste momento não temos grandes dúvidas - a dificuldade do poder político e porventura de algum poder académico é equacionar que uma aula dada, com a nossa própria experiência e capacidades técnicas, junto a um doente de ambulatório ou ao redor de uma cama de hospital seja ensino universitário.

Quanto ao sistema de acesso à licenciatura em medicina, trata-se de matéria que continua a constituir uma problemática nacional, sendo que às Faculdades ainda não foi conferida qualquer capacidade para intervir no processo de selecção dos seus futuros alunos. Estas, continuam confrontadas com a imposição de mecanismos de admissão idênticos aos existentes para os outros cursos, numa autonomia, mesmo administrativa, a conta-gotas, que não se enquadra no espírito da Reforma e de todas as declarações internacionais que, em uníssono, todos repetem. A selecção para medicina tem que envolver um plano diferente de apreciação para além dos critérios meramente cognitivos e académicos, nomeadamente o do perfil em termos de carácter, cultura humanística, qualidades pessoais, motivação e vontade dos candidatos.

Ser médico exige para além de capacidades intelectuais específicas e de uma

formação cultural básica, capacidades de comunicação, compreensão psicológica e disponibilidade para o outro. Ser médico equivale, pois, à necessidade de ser possuidor de um conjunto de requisitos que não podem ser avaliados exclusivamente por critérios cognitivos similares aos utilizados no acesso a outros cursos superiores na área das ciências (Lowry, 1993).

Para além disso é hoje aceite por todas as sociedades de educação médica, e constitui mesmo uma das recomendações da World Federation for Medical Education, a existência de vantagens em alargar a base da candidatura a medicina a alunos menos classificados em conhecimento factual e, a partir destes contingentes, proceder a uma selecção que avalie também as capacidades e características não académicas, designadamente a vocação e o perfil para ser médico.

Todos conhecemos as objecções a este tipo de selecção, nomeadamente porque os instrumentos disponíveis para avaliar essas capacidades são ainda rudimentares e porque, mais uma vez, os médicos e os académicos de Medicina não tardariam a sentar-se no “banco dos réus”. Cremos, todavia, que o sistema actual está de tal modo viciado e pervertido, para não utilizar termos menos correctos, que as Faculdades de Medicina têm algum ascendente ético para poderem levar a bom termo essa tarefa criando, de imediato, a oferta de condições e mecanismos capazes de evitar aspectos menos transparentes.

Não há dúvida que o processo de formar um médico, como qualquer membro de uma profissão académica reside na sua selecção. Até agora não conhecemos quem entra nas nossas Faculdades; se respondem a um chamamento ou à realização de um sonho, ou vêm resignados a um mal menor onde há emprego certo. Sabemos, no entanto, que dois terços são mulheres, o que vai ter repercussões, que carecem de ser avaliadas, na escolha das futuras carreiras médicas. É esta matéria prima seleccionada ao arrepio de todos os compêndios de educação médica, que irá ser trabalhada, em moldes que os especialistas a tempo inteiro em ciências pedagógicas insistem em definir, por nós e para nós e acrescento eu, de uma forma

definitiva e inalterável.

No ano lectivo de 2004-2005, esteve para ser entregue às Faculdades de Medicina, através de um teste de escolha múltipla de 120 perguntas, parte da responsabilidade de fazer a selecção, tendo, mais uma vez, esse plano sido abortado. Julgo que devia existir, da parte das Faculdades de Medicina, outra pró-actividade no sentido de propor um plano bem fundamentado, a elaboração de uma prova de admissão que, no mínimo, complementasse os resultados do ensino secundário. Existiria naturalmente o compromisso de fazer melhor do que os que nos antecederam, pela melhoria da educação médica e da qualidade dos médicos e também o sentido da honra de não desvirtuarmos esta nossa velha reivindicação.

Não podemos omitir que entre os alunos admitidos ao curso de medicina, existem candidatos de outros sistemas de ensino ou ao abrigo de legislações especiais, daí resultando subgrupos com formação e capacidade académica reconhecidamente desigual. Estes evidenciam habitualmente dificuldades de progresso incompatíveis com as exigências da profissão. É um facto que o sistema de ensino não dispõe de capacidades reais nem de meios para enfrentar ritmos diferentes de aprendizagem e que uma boa parte destas situações são de africanos oriundos dos PALOP - países africanos de língua oficial portuguesa. Um programa próprio seria uma oportunidade única para o cumprimento da nossa vocação, tão apregoada e nunca cumprida de apoiar de forma integrada estes estudantes. O que fazemos actualmente é muito insuficiente, e, sem uma preparação prévia a anteceder a entrada na Universidade, a educação que pretendemos proporcionar fica muito aquém do contributo que podíamos dar. E que missão mais nobre para uma Universidade no sentido de universalista e fraterno, na sua essência.

Afinal, como escreve João Lobo Antunes (1999), “o que há a fazer é saber escolher e saber educar, mulheres e homens, educados e íntegros, imbuídos do sentido do dever e do sacrifício, corajosos na luta, humildes na vitória, inconformados na derrota, devotados à verdade e à excelência intelectual, dotados de sentido de humor e das conveniências, aptos a trabalhar em

O ENSINO DA DERMATOLOGIA E
VENEREOLOGIA NO PLANO DE ESTUDOS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

O ENSINO DA DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA NO PLANO DE ESTUDOS DA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

O ensino oficial da Dermatologia e Venereologia iniciou-se em 1911 em Coimbra, após a reforma republicana do ensino universitário, liderada pelo Ministro, posteriormente Presidente da República, António José de Almeida. Em 1917 é criado o Serviço de Dermatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, que foi situado no Rés do chão do antigo Hospital do Castelo, de que foi nomeado director e regente da cadeira o Prof. Doutor Alberto da Rocha Brito.

Em 1961 foi instalado em edifício próprio em Celas tendo tido como directores os Prof. Augusto Vaz Serra, Mário Trincão e José Espírito Santo. Em 1987 foi transferido de Celas para o Novo Edifício dos HUC.

De 1965 a 1997 foi seu director e regente da cadeira o Prof. Doutor A. Poiares Baptista. Especializado e doutorado em Dermatologia no Hospital de Saint Louis em Paris iniciou, com Juvenal Esteves em Lisboa e Aureliano da Fonseca no Porto, a prática científica da especialidade em Portugal. É a este ilustre Mestre, grande clínico e dermatopatologista, que se deve todo o prestígio que a Dermatologia de Coimbra tem vindo a conquistar ao longo dos anos.

A disciplina de Dermatologia e Venereologia, inicialmente independente, foi integrada, na reforma de 1985, na cadeira de Medicina III (coordenada pelo Prof. Doutor Armando Porto) e posteriormente na cadeira de Patologia Médica I (coordenada pelo Prof. Doutor Diniz de Freitas até à sua jubilação e actualmente pelo Prof. Doutor Maximino Correia Leitão); é sobre esta disciplina que incide o presente relatório.

É esta a área, em que o candidato, embora pertencendo à carreira académica desde Janeiro de 1978 nas disciplinas de Clínica de Doenças Infecciosas e Terapêutica Geral e Hidrologia, tem, desde Janeiro de 1989, desenvolvido

predominantemente a sua acção pedagógica e científica. Especialista de Dermatologia e Venereologia após conclusão do Internato Complementar em 1988 e pela Ordem dos Médicos no mesmo ano, fez provas de aptidão pedagógica e científica em 1989 e doutoramento académico em 1995. Desde o ano de 1997/98 que foi nomeado regente da cadeira de Dermatologia e Venereologia, cargo honroso que tem vindo a desempenhar com o melhor do seu esforço e dedicação.

Na disciplina de Dermatologia consideramos desejável que o aluno adquira conhecimentos dermatológicos e capacidade de contacto clínico de forma a poder alcançar os seguintes objectivos genéricos:

- 1º - Estabelecer com os doentes uma relação fácil e cordial de modo a transmitir-lhes confiança e a criar as condições para uma boa história clínica, observação e colheita de dados objectivos;
- 2º - Conduzir o interrogatório de forma serena e ordenada procurando hierarquizar e correlacionar entre si as manifestações de doença, tentando determinar relações temporais com a tomada de fármacos, com outras afecções pessoais ou familiares ou com circunstâncias particulares. De entre a constelação sintomática das doenças cutâneas, o estudante deverá saber valorizar o prurido ou a sua ausência, a dor sintomática ou prodrómica, a aura de algumas afecções cutâneas cíclicas. Em todos os casos a colheita semiológica deverá incluir a recolha de elementos que permitam conhecer o início, envolvimento sequencial, eventuais períodos de melhoria ou agravamento e sua correlação com factores endógenos ou exógenos. Como em outras áreas clínicas, deverá ser transmitido que é da observação, sempre que necessário de toda a superfície corporal, e da correcta avaliação semiológica, utilizando o alfabeto dermatológico (o conhecimento e identificação da lesão elementar), que se concretizam as hipóteses diagnósticas e, após eventuais meios auxiliares, o diagnóstico;
- 3º - Reconhecer as afecções cutâneas banais, ficar com a noção da

complexidade e da multiplicidade do diagnóstico dermatológico e das suas conexões e interface com muitas outras áreas da Medicina Interna e das Cirurgias Geral, Maxilo-Facial e Plástica. Saber pensar de forma global sobre os temas dermatológicos constantes do programa e aprender a súpula dos conceitos teórico-práticos transmitidos.

Objectivos de ensino:

- Demonstrar conhecimento sobre as bases científicas da Dermatologia;
- Relacionar o conhecimento da estrutura cutânea com os sinais físicos das doenças da pele;
- Demonstrar capacidade para colher uma história clínica de Dermatologia e descrever os sinais físicos cutâneos - obter capacidade de descrição das lesões encontradas, procura da lesão elementar e seu enquadramento patológico.
- Reconhecer as doenças dermatológicas comuns bem como os tumores malignos cutâneos.
- Reconhecer os sinais cutâneos de doença sistémica mais importantes e os efeitos adversos dos medicamentos;
- Compreender os princípios do tratamento dermatológico;
- Avaliar o impacto das doenças de pele no doente e na sua qualidade de vida bem como na dos seus familiares.
- Desenvolver no aluno a capacidade de auto-formação e auto-crítica, incentivando-o a descrever casos clínicos, tentar a diagnose diferencial e envolvê-lo em projectos de pesquisa documental identificando a pele como um órgão mais em que podem surgir lesões que enquadrem alterações sistémicas já diagnosticadas ou passíveis, por esse facto, de diagnóstico.

Em cada objectivo parte-se duma competência de nível 1 (aquisição e compreensão do conhecimento) para o nível 2 (execução com supervisão) até

ao nível 3 (execução sem supervisão).

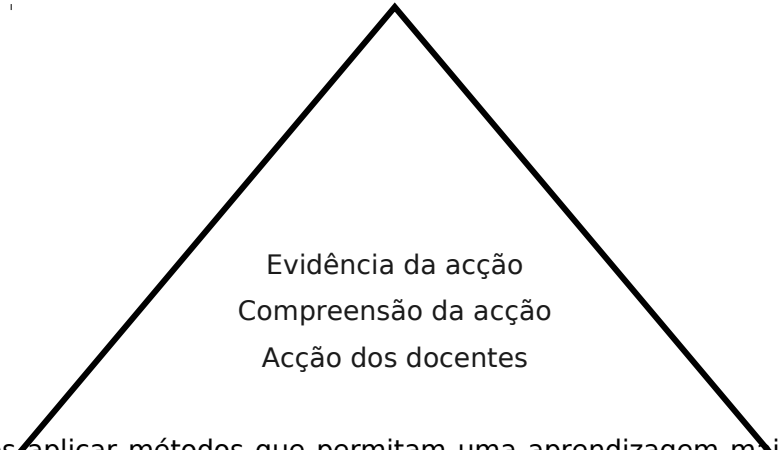
Métodos de ensino

Procuramos fazer o ensino da Dermatologia e Venereologia segundo as técnicas de ensino que vão sendo estudadas quer no nosso país quer por grupos internacionais que se dedicam ao ensino médico. Não parece existirem dúvidas de que é necessário introduzir técnicas que dinamizem o aluno, envolvendo-o no próprio ensino.

Deste modo é legítimo introduzir, dentro das possibilidades de cada disciplina e de forma paulatina, as técnicas de ensino de eficácia provada (Educação Médica Baseada na Melhor Evidência - “Best Evidence Medical Education (BEME”), que correspondem no ensino aos conceitos da Medicina Baseada na Evidência (Harden, Grant & Hart, 1999a,b). Neste método as dimensões para avaliar a evidência disponível na educação médica são a qualidade (“quality”), a utilidade (“utility”), a extensão (“extent”), a certeza (“strength”), o alvo a atingir (“target”) e o lugar ou contexto de ensino (“setting”) - hospitalar ou ambulatório. Em inglês estes parâmetros compõem o acrónimo QUEST. A qualidade inclui 5 níveis de evidência, desde o mais baixo (evidência baseada no profissional de educação) até ao mais alto [evidência baseada em ensaios controlados e aleatorizados - “randomised controlled trials (RCT”) - ou revisões sistemáticas ou meta-análises de RCTs]. Os RCT devem ser analisados segundo os critérios habituais, desde a questão principal, às questões secundárias, à colheita de dados, apresentação de resultados, tratamento estatístico e conclusões (Harden, Grant & Hart, 1999a,b).


A análise da evidência do tipo de ensino realizado terá de ser feita a curto, médio e longo prazo, o que exige a colaboração activa de muitos e diversos profissionais de saúde. A evidência ocupa o vértice dum triângulo em que a acção dos docentes está na base, o que significa que é necessário muito

esforço adicional para se melhorarem ligeiramente alguns resultados:



Evidência da acção
Compreensão da acção
Acção dos docentes

Devemos aplicar métodos que permitam uma aprendizagem mais duradoura e que tenha como resultado algum impacto na prática médica futura ou levantar interesses em determinado ou importante assunto. O impacto ocupa a vértice e será sempre menor do que os objectivos a que nos propusemos (hierarquia de Kirkpatrick - em Harden, Grant & Hart, 1999a,b):



Impacto
Desempenho
Aprendizagem
Reacção
Participação

Torna-se portanto necessário, mas sempre difícil, envolver o estudante num ensino activo, participado, interactuante, para que possa no futuro aplicar os conhecimentos adquiridos.

Curriculum pré-graduado de Dermatologia

CONHECIMENTOS (SABER)

- Biologia cutânea básica incluindo a importância da pele como ferramenta para a investigação de doenças imunológicas, genéticas e outras.
- Princípios básicos de cicatrização.
- Emergências dermatológicas incluindo o conceito de insuficiência cutânea, como por exemplo na necrose epidérmica tóxica e síndrome de Stevens-Johnson e ainda a urticária aguda e angioedema. Os estudantes deveriam ser capazes de reconhecer a situação e iniciar os procedimentos de 1ª linha.
- Doenças inflamatórias da pele (eczema atópico; eczema de contacto alérgico; psoríase). Diagnóstico, diagnóstico diferencial e seguimento.
- Cancro da pele (melanoma, carcinoma basocelular e carcinoma espinhocelular). Diagnóstico, diagnóstico diferencial e seguimento. Prevenção do cancro da pele e o papel da exposição aos ultravioletas.
- Diagnóstico da acne, diagnóstico diferencial e seguimento.
- Úlceras de perna: Diagnóstico, diagnóstico diferencial, seguimento e prevenção.
- Infecções cutâneas (bacterianas; provocadas por vírus e fúngicas); infestações (sarna). Diagnóstico, diagnóstico diferencial e seguimento.
- Complicações cutâneas da doença associada à infecção VIH.
- A importância do diagnóstico e seguimento da infecção cutânea nos indivíduos imunodeprimidos, orgânica ou iatrogenicamente como, por exemplo, os doentes com insuficiência renal e os transplantados, respectivamente.

- Urticária: Diagnóstico, diagnóstico diferencial e seguimento
- Manifestações e apresentações cutâneas de doença sistémica incluindo a gastrointestinal, endocrinológica e reumatológica.
- Bolhas cutâneas: Causas, diagnóstico e tratamento.
- Reações adversas medicamentosas: diagnóstico diferencial e seguimento.
- Introdução à terapêutica dermatológica. Os estudantes devem compreender os princípios do tratamento local incluindo: escolha da base, p.e. creme versus pomada versus loção e utilização da oclusão. Devem também discutir as indicações, contra-indicações e efeitos adversos da fototerapia UVB e UVA e da fotoquimioterapia PUVA e RePUVA.

APTIDÕES (SABER FAZER)

- Comunicar de forma eficaz com os doentes com doenças cutâneas.
- Colher e apresentar uma história clínica adequada e com segurança.
- Examinar a pele de forma sistemática e descrever os sinais físicos.
- Descrever o eczema, psoríase, sarna, infecções fúngicas e urticária.
- Reconhecer o melanoma maligno e os carcinomas basocelular e espinhocelular.
- Reconhecer a vasculite cutânea, explicar as principais causas e formular um plano de estudo.
- Ser capaz de diferenciar úlceras venosas simples de hipertensão venosa das úlceras arteriais.
- Ser capaz de obter um raspado cutâneo para exame directo.
- Compreender como planear a investigação e o seguimento das doenças inflamatórias comuns da pele.

- Compreender como aplicar medicamentos tópicos, ligaduras de compressão e pensos oclusivos.
- Escrever uma prescrição para um manipulado comum.

POSTURA E ATITUDES (SABER ESTAR).

- Demonstrar capacidade para comunicar com os doentes da pele e examinar a pele de uma forma cortês e delicada.
- Compreender as dificuldades, físicas e psicológicas sentidas pelos doentes com doenças crónicas cutâneas.
- Compreender e valorizar o papel dos enfermeiros de dermatologia.
- Compreender a importância de uma boa comunicação com o médico de família.
- Demonstrar uma atitude profissional pela presença regular e pela capacidade para a auto-aprendizagem.

MÉTODOS DE ENSINO PRATICADOS

- Aulas teóricas de assuntos do curriculum nuclear acompanhadas por grande quantidade de iconografia.
- Visita a doentes seleccionados na enfermaria acompanhados do respectivo assistente.
- Trabalhar com os especialistas na Consulta Externa.
- Observar doentes em tratamento de hospital de dia ou em fototerapia.
- Observação de procedimentos práticos, tais como biópsias cutâneas, pequena cirurgia, criocirurgia e realização de pensos em feridas limpas e sujas.
- Acesso à biblioteca de Dermatologia e a alguns diapositivos escolhidos de colecção.

AULAS TEÓRICAS:

A tradicional aula teórica continua a ser o tema mais controverso do actual ensino médico.

Para nós, de um modo genérico, a aula teórica é um sumário de conhecimentos organizados, em que a informação básica é complementada por alguma mais especializada, nem sempre sequencial nos livros de texto. Habitualmente este método desperta no aluno uma reacção positiva, talvez porque é um método com que está familiarizado e porque uma matéria como Dermatologia o permite com mais facilidade. É naturalmente comum, durante a exposição, sublinhar o que se considera mais importante para a integração de conhecimentos.

Apesar desta aceitação da aula teórica pelos alunos temos de tentar transformá-la num processo de ensino-aprendizagem participado. A aula teórica estruturada de modo a que, para além de expositiva e factual, passe a ser um método de ensino que estimule a compreensão e a integração dos conhecimentos, favorecendo assim a sua retenção, será, a nosso ver, um factor positivo no processo de aprendizagem.

Uma outra forma de conseguir uma aula teórica interactiva e prendendo a atenção é proceder à sua estruturação a partir da análise de um caso clínico, devidamente seleccionado e com grande iconografia, a partir do qual se desenvolve toda a aplicação prática dos conhecimentos a serem transmitidos durante a aula. A preparação deste tipo de aulas, habitualmente utilizadas numa sessão monotemática a que se adequa bem a aula de psoríase exige, no entanto, uma participação activa do docente que tem que transmitir conhecimentos seleccionados, interessantes, organizados, integrados e com aplicação prática (Resende de Oliveira, C, 1997).

Os assuntos a que anteriormente fizemos referência em - Conhecimentos - constituem um vasto conjunto de temas de dermatologia cuja área nuclear é

transmitida nas aulas teóricas, e, o restante abordado nas aulas práticas a propósito de doentes hospitalizados ou de ambulatório. Algumas vezes este tipo de informação tem carácter meramente informativo, tendo por objectivo “abrir” áreas de conhecimento nas quais algum dos alunos se interesse, estimulando-os deste modo a aprofundar os seus conhecimentos em determinado tema ou área do conhecimento dermatológico.

No entanto, num país em que uma grande percentagem das consultas dos médicos de família têm como primeira ou segunda queixa uma situação dermatológica, torna-se necessário identificar um curriculum nuclear, o qual é transmitido de forma teórica e prática, com enorme suporte iconográfico, sem grande profundidade, como um todo, mas recorrendo frequentemente a noções de biologia, farmacologia ou outra área das ciências básicas, no sentido de tornar mais compreensível e portanto mais facilmente assimilável a mensagem pedagógica que pretendemos transmitir.

Desse curriculum nuclear, como ousamos chamar-lhe, faz parte um conjunto de aulas teóricas quem contêm, mas não esgotam, o conjunto de conhecimentos anteriormente enunciados.

Estas têm tido lugar durante o período da manhã de 5ª feira, das 8 às 9 horas, em um dos anfiteatros do Auditório dos HUC.

Algum tempo ainda disponível, o que não é comum principalmente no segundo semestre, pode ser ocupado com aulas sobre Acne; Reacções adversas medicamentosas; Protecção solar - Factos e controvérsias; Lesões cutâneas na SIDA, isto é áreas que não pertencendo ao curriculum nuclear podem ser muito interessantes pela polémica, pelo interesse ou pela simples cultura médica que transmitem.

AULAS TEÓRICAS

Curriculum nuclear

1ª Aula

APRESENTAÇÃO

- Corpo docente de Dermatologia.
- Especificidade diagnóstica em Dermatologia.
- Alfabeto dermatológico - Lesões elementares e Padrões lesionais: Máculas; Pápulas edematosas; Pápulas, Nódulos e Tumores; Vesículas e bolhas; Pústulas; Crostas; Escamas; Queratoses; Erosões, úlceras e feridas; Escoriações, rágadas e fissuras; Cicatrizes e Atrofias.
- Doenças em Dermatologia e Padrões de Reacção cutânea.
- Definição e classificação das doenças dermatológicas.
- Fronteiras médicas e cirúrgicas da Dermatologia.
- Métodos de avaliação.
- Bibliografia incluindo os sítios web de Dermatologia mais adequados para estudo e os atlas online disponíveis.

2ª Aula

ESTRUTURA E FUNÇÕES DA PELE

- A pele como órgão: Noção de insuficiência cutânea.
- A queratinização e diferenciação epidérmica: o ceratinócito e as diferentes camadas epidérmicas.
- A epiderme como barreira.
- A Junção dermo-epidérmica como sede de muitas doenças autoimunes cutâneas.
- A derme: colagénio e tecido elástico.
- Funções mecânicas.

- Funções imunológicas: A célula de Langerhans como célula apresentadora de antígenos.
- Funções sensoriais: A célula de Merkel como mecano-receptor e os corpúsculos de Meissner e Paccini.
- Funções endócrinas.
- Síntese de vitamina D.
- Termoregulação.

3ª Aula

ECZEMA

- Definição clínica e histológica.
- Eczemas de contacto:
 - Alérgico: sensibilização - fases de indução e de reacção; identificação dos agentes causais - história clínica e testes epicutâneos; eczema de contacto alérgico agudo e crónico.
 - Irritativo ou traumático: eczema de contacto irritativo agudo e cumulativo ou crónico.
- Atopia e eczema atópico: Patogénese da atopia; distúrbios da imunidade celular e humoral. Aspectos clínicos na criança; no adolescente e no adulto.
- Eczema seborreico e seborreia:
 - Eczema seborreico da criança; doença de Leiner.
 - Eczema seborreico do adulto; relação com a infecção a *Pityrosporum*; eczematides seborreicas; eczema seborreico das pregas; seborreia e psoríase - sebo-psoríase.
- Outras formas de eczema:
 - Eczema numular.

- Eczema esteatótico.
- Eczema desidrótico.
- Tratamento médico e “etiológico” das diversas formas de eczema e cuidados e normas a seguir durante a vida.

4ª Aula

PSORÍASE

- Psoríase vulgar: Definição; predisposição e hereditariedade. Psoríase do tipo I e psoríase do tipo II.
- Factores de desencadeamento - farmacológicos e outros.
- Morfologia clínica das lesões de psoríase.
- Localizações especiais: psoríase inversa; psoríase das unhas e sua relação com a artropatia.
- Formas complicadas de Psoríase:
 - Psoríase eritrodérmica. Diagnóstico diferencial.
 - Psoríase pustulosa: forma generalizada ou de Von Zumbusch; palmo-plantar ou de Barber; acrodermatite contínua de Hallopeau e impétigo herpetiforme.
 - Psoríase artropática.
- Profilaxia e tratamento local e sistémico da Psoríase.

5ª Aula

PIODERMITES E PARASITOSE

- Flora bacteriana da pele; flora residente e flora residente temporária.

- Infecções estreptocócicas: impétigo vulgar; éctima; erisipela; hipodermite infecciosa ou celulite; abscesso e fleimão. Fasceíte necrosante como urgência cirúrgica.
- Infecções estafilocócicas: ostiofoliculite; foliculite; furúnculos, furunculose e antraz; impétigo bolhoso; síndrome de Lyell estafilocócico; periorite, perioníquia estafilocócica e hidrosadenite supurativa.
- Outras infecções: Foliculite a gram- no contexto do tratamento da acne.
- Afecções parasitárias: sarna, sarcoptose ou escabiose; sarna norueguesa; prurido pós-escabiótico e acarofobia.
- Pediculose capitis, corporis e pubis; eczema da nuca como diagnóstico de pediculose capitis.
- Clínica e tratamento.

6ª Aula

VIROSES CUTÂNEAS

- Herpes simples: primo-infecção herpética - gengivo-estomatite herpética e vulvovaginite herpética; herpes simples tipo I e tipo II; herpes simples recidivante; herpes simples neonatal; eczema herpeticum.
- Herpes zoster: primo-infecção pelo VHZ-varicela; herpes zoster clássico; herpes zoster em localizações especiais - trigêmeo, facial; herpes zoster necrótico, generalizado ou recorrente como sinal de doença sistémica.
- Infecções por vírus do papiloma humano: verrugas vulgares; verrugas plantares; verrugas planas; condilomas acuminados e condilomas

planos - conceitos actuais; verrugas das mucosas; epidermodisplasia verruciforme; Tratamento das Verrugas.

- Molusco contagioso: clássico e sinal de síndrome de imunodeficiência adquirida.
- Tratamento das viroses cutâneas e suas limitações.

7ª Aula

MICOSES CUTÂNEAS SUPERFICIAIS

- Fungos patogénicos.
- Dermatofitias: tinea capitis; tinea barbae; tinea faciei; tinea corporis; tinea inguinalis ou cruris; tinea manus; tinea pedis; tinea unguium.
- Candidíase: candidíase oral; queilite angular; vulvo-vaginite candidiásica; balanite candidiásica; candidíase interdigital; intertrigo candidiásico; foliculite a candidas; candidíase da área das fraldas; perioníquia e candidíase das unhas; candidíase muco-cutânea crónica.
- Pitiríase versicolor e foliculite a pityrosporum.
- Etiopatogenia, clínica e tratamento.

8ª Aula

ACNE

- Hereditariedade
- Etiopatogenia - acção das hormonas androgénicas e do *Propionibacterium acnes*. Evolução. Características e variedades clínicas (acne vulgar, comedónica, nódulo-quística, conglobata, fulminante).
- Evolução.

- Tipos particulares de acne (neonatorum, por cosméticos, escoriada, por fármacos).
- Repercussão psicossocial.
- Atitude e tratamento local e sistémico

9ª Aula

ÚLCERA DE PERNA

- Definição. Epidemiologia: insuficiência venosa - úlcera venosa.
- Etiopatogenia; úlcera arterial e úlcera venosa.
 - Barreira de fibrina; Sequestro leucocitário; Retenção de factores de crescimento; Biofilme.
- Diagnóstico da úlcera arterial e da úlcera venosa.
 - Exame físico: Úlcera (Fundo/Bordo, topografia); Pele adjacente: (Dermatite ocre, lipodermatoesclerose; Atrofia branca, dermoepidermite; varicosidades, edema); Sintomas subjectivos (ritmo).
- Úlcera traumática; infecciosa; neurogénica; neoplásica; no contexto de outras dermatoses ou em afecções genéticas.
- Diagnóstico diferencial.
- Exames complementares: vasculares; radiológicos; invasivos.
- Classificação e graduação.
- Complicações
- Tratamento: Limpeza da ulceração; Pensos; Contenção / Compressão; Enxertos. Novos pensos e suas indicações.
- Prevenção das recorrências.
- Índices de prognóstico.
- Impacto sócio-económico.

10ª Aula

TOXIDERMIAS

- Definição e Importância - frequência e gravidade.
- Patogénese imunitária: IgE dependente (urticária, angioedema), citotóxica (pênfigo por fármacos), por imunocomplexos (vasculite), mediada por células (eritema maculo-papuloso; toxidermia fixa; fotossensibilidade por fotoalergia).
- Patogénese não imunitária (mais frequente): activação de vias efectoras (fármacos histamino-libertadores como os opiáceos), sobredosagem, efeitos colaterais adversos, acumulação, perturbação metabólica, reacção de Jarish-Herxheimer, fotossensibilidade por reacção fototóxica. Fármacos indutores mais frequentes.
- Características clínicas e prognóstico das manifestações mais frequentes - exantemas, urticária / angioedema, toxidermia fixa, eritema polimorfo/síndrome de Stevens-Johnson, síndrome de Lyell. Outros quadros clínicos - fotossensibilidade por fototoxicidade e fotoalergia; pustulose exantemática aguda generalizada; síndromas dermatológicas diversas.
- Critérios de suspeita clínica. Atitude e tratamento. Indicações gerais sobre notificação.

11ª Aula

DOENÇAS DO TECIDO CONJUNTIVO

- Lupus eritematoso: crónico, subagudo, sistémico e neonatal; paniculite lúpica; critérios da ARA e sua validação em relação ao L.E. subagudo;

critérios dermatológicos da ARA; lupus iatrogénico. Evolução, prognóstico e tratamento.

- Dermatomiosite: clínica - sinais cutâneos, sinais musculares, sinais gerais e viscerais; as cinco formas de dermato-poliomiosite; dermatomiosite amiopática; a dermatomiosite como doença paraneoplásica. Evolução, prognóstico e tratamento.
- Esclerodermia, localizada e generalizada. Localizada: morfeia; morfeia generalizada; esclerodermia linear; esclerodermia em golpe de sabre. Generalizada: esclerodermia sistémica progressiva; síndrome de CREST.
- Pseudo-esclerodermias: Fasceíte a eosinófilos.
- Doença mista do tecido conjuntivo ou síndrome de Sharp.
- Diagnóstico, clínica e terapêutica

12ª Aula

TUMORES CUTÂNEOS MALIGNOS

- Carcinogénese cutânea, xeroderma pigmentoso.
- Dermatoses pré-neoplásicas: definição; queratoses actínicas; corno cutâneo; queilite actínica; queratoses arsenicais; queratoses térmicas; radiodermite; leucoplasia; eritroplasia; cicatrizes viciosas.
- Carcinoma Basocelular: epidemiologia; clínica - nodular, de bordo perolado, pagetóide, ulcerado, esclerodermiforme, pigmentado, terebrante.
- Carcinoma Espinhocelular: epidemiologia; clínica - espinhocelular sobre queratose actínica, superficial, ulcero-vegetante, do lábio, do pénis.
- Melanoma Maligno: epidemiologia e genética; nevo e melanoma; factores de risco - fototipo; classificação anatomo-clínica - melanose

de Dubreuilh ou lentigo maligno, melanoma de crescimento superficial, melanoma acral, melanoma nodular; factores de prognóstico - níveis de Clark e índice de Breslow; prevenção.

- Terapêutica e seguimento.

13ª Aula

VENEREOLOGIA (DOENÇAS DE TRANSMISSÃO SEXUAL)

- Doenças venéreas ou doenças de transmissão sexual.
- Sífilis: A sífilis e a SIDA; modos de contaminação; história natural e clínica da sífilis do adulto; sífilis neonatal; neurosífilis; diagnóstico biológico da sífilis; exame ao microscópio de fundo escuro; diagnóstico serológico; tratamento da sífilis segundo as formas clínicas.
- Úlcera mole venérea: clínica, diagnóstico e tratamento.
- Linfogranuloma venéreo: clínica, diagnóstico e tratamento.
- Diagnóstico diferencial de uma úlcera genital com hipotética transmissão venérea.
- Uretrites e cervicites: clínica, diagnóstico, tratamento.

14ª Aula

MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS DE NEOPLASIA INTERNA MALIGNA

- Envolvimento cutâneo por contiguidade.
- Doenças hereditárias com predisposição neoplásica.
- Síndromas paraneoplásicos:

- dermatoses paraneoplásicas obrigatórias – acantose nigricante, acroqueratose paraneoplásica de Basex, síndrome do glucagonoma, hipertricose lanuginosa adquirida, ictiose adquirida e pêfigo paraneoplásico;
- dermatoses paraneoplásicas não obrigatórias mas com imposição de investigação;
- dermatoses paraneoplásicas excepcionais.

15ª Aula

REVISÕES E TREINO PARA O EXAME PRÁTICO

- o Projecção de diapositivos acompanhados de pequena história clínica apresentado como casos-problema.

AULAS PRÁTICAS

As aulas práticas têm lugar no próprio Serviço, particularmente na Enfermaria e na sala de aulas que o Serviço dispõe para o efeito.

O quadro docente é actualmente composto pelo autor como Professor auxiliar, e regente da disciplina; pelo Doutor Oscar Tellechea como Professor auxiliar convidado; pelo licenciado Ricardo Vieira, assistente da Faculdade de Medicina e pelos licenciados Margarida Gonçalo, Hugo Oliveira e José Pedro Reis, como assistentes convidados.

As aulas práticas decorrem do seguinte modo: Os alunos são recebidos pelo assistente que lhes mostra 3 ou 4 doentes hospitalizados numa sessão teórico-prática que pode ter a duração de cerca de 1 hora e 30 minutos. Seguidamente os alunos são dispersos pela consulta externa; pelo internamento; pela alergologia e sala de biópsias para terem um enquadramento global da assistência em Dermatologia e da multiplicidade da

área clínica.

Com a metodologia e recursos humanos para o ensino prático as turmas são de 12-15 alunos, o que em Dermatologia, como em outras especialidades de contacto se encontra para além do limite das possibilidades pedagógicas. Está também no limite máximo o manter no Serviço 25-30 alunos por dia, com dificuldades óbvias de distribuição pelos diversos sectores para poderem ter alguma rentabilidade pedagógica.

Durante os anos lectivos de 1998-99 e 1999-2000 leccionámos simultaneamente o 4º ano da nova reforma e o 6º ano da antiga reforma, isto é, um número total de alunos que excedia largamente os trezentos em cada um destes anos.

Conseguimos ultrapassar esta tarefa com grandes dificuldades e sentido de missão.

Em muitas aulas práticas servíamo-nos de diapositivos exemplares e concentrava-mos os alunos na sala de aulas após breve visita à enfermaria. Apesar disso, não nos foram sinalizadas grandes alterações de qualidade de ensino quer pelos alunos ou pelos órgãos directivos ou pedagógicos da Escola. No entanto as turmas práticas eram de 15-18 alunos e encontravam-se no Serviço de Dermatologia mais de 30 alunos por manhã. Com a implementação da Reforma todas as disciplinas tiveram de prestar esse Serviço, com a particularidade de em Dermatologia isso ter acontecido durante dois anos.

Nas aulas práticas de cabeceira são seguidas as seguintes regras que têm vindo a surgir como técnicas de ensino clínico a nível internacional (Cox, 1993; Ende, 1997; LaCombe, 1997; Kroenke, 2001):

1. Preparação e planeamento da aula prática com prévio conhecimento das patologias disponíveis e dos doentes em causa.

2. Apresentar-se a si próprio e à turma e referir que se trata de uma aula, ao mesmo tempo que informa os estudantes do que vão observar e a forma como o vão fazer.
3. Introduzir a aula no tipo de interacção médico/doente no que diz respeito à colheita da história clínica, à análise dos sintomas e descrição das lesões cutâneas, bem como dos meios auxiliares de diagnóstico, discutindo posteriormente em sala à parte o programa de tratamento e seguimento.
4. Desafiar o pensamento clínico da turma desencorajando lideranças que podem prejudicar o grupo.
5. Transmitir aos estudantes o que deve ser retido daquela situação clínica específica e das suas eventuais particularidades.
6. Deixar tempo para questões, clarificações, indicação de leitura apropriada ao tema, etc.
7. Avaliar o que correu bem, o que não correu tão bem ou falhou e em que áreas poderiam as coisas ter sido melhores. Retirar desta autocrítica indicações e eventuais ensinamentos para os próximos encontros de cabeceira.

METODOLOGIA DE ENSINO

Aulas teóricas de assuntos do curriculum nuclear acompanhadas por grande quantidade de iconografia.

Visita a doentes seleccionados na enfermaria acompanhados do respectivo assistente.

Trabalhar com os especialistas na Consulta Externa.

Observar doentes em tratamento de hospital de dia ou em fototerapia.

Observação de procedimentos práticos, tais como biópsias cutâneas, pequena cirurgia, criocirurgia e realização de pensos em feridas limpas e sujas.

Acesso à biblioteca de Dermatologia e a alguns diapositivos escolhidos de colecção.

AVALIAÇÃO (DESCRIÇÃO):

Registo das presenças.

Avaliação contínua - com base na interactividade demonstrada, nos conhecimentos já integrados pelas aulas teóricas, no conhecimento adquirido na última aula prática.

Resolução de casos/problema.

Capacidade para descrever e eventualmente diagnosticar casos clínicos, em diapositivos de 35 mm, suportados por uma pequena história clínica, que utilizamos essencialmente no final do curso.

Exame final composto por diapositivos clínicos em que após uma sucinta história clínica, de uma ou duas linhas, se pede o diagnóstico e a justificação baseada na observação das lesões cutâneas e nos elementos essenciais da história clínica. Para além disso, um exame teste de escolha múltipla com sessenta perguntas de diversos graus de dificuldade, utilizando as técnicas e os saberes para avaliações deste tipo.

Exame oral, de recurso, baseado em casos clínicos com fotografias clínicas de dimensões adequadas para o diagnóstico, de onde partimos para as bases teóricas que informam o tipo de patologia em causa.

BIBLIOGRAFIA ACONSELHADA:

- Dermatologia, 3ª Edição (Reedição).
 - Juvenal Esteves, Poiars Baptista, Guerra Rodrigo, Marques Gomes

- Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1992.
- Dermatologie et Maladies Sexuellement Transmissibles.
 - J.H. Saurat, E. Grosshans, P. Laugier and J.M. Lachapelle e col.
 - 4ª Edição, Masson, Paris (2004).
- Sítios Web
 - www.emedicine.com
 - www.medscape.com/dermatology/home
 - <http://dermatlas.med.jhmi.edu/derm/>

BIBLIOGRAFIA DE CONSULTA :

- Rook's Textbook of Dermatology
[D. A. Burns](#), [S. M. Breathnach](#), [Neil Cox](#) , [Christopher E. Griffiths](#) (Editors);
Blackwell Scientific Publications, Oxford, 2004
- [Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine](#). Klaus Wolff, Lowell A Goldsmith, Stephen I. Katz, and Barbara A. Gilchrest (Editors) McGraw-Hill Medical, New York, 2007

MESTRADO INTEGRADO DE MEDICINA

No presente ano lectivo de 2008-2009 está a iniciar-se ao nível do 4º ano o mestrado integrado de Medicina. Para além de todo o processo de ensino anteriormente equacionado, na cadeira de Patologia Médica I vai haver lugar a Seminários. Estes seminários vão ter como objectivo de ensino, por um lado a sedimentação da aprendizagem da área nuclear e por outro a abertura aos alunos das novas fronteiras da Dermatologia, quer do ponto de vista de disciplina de interface quer do ponto de vista de futuro. Deste modo as suas áreas temáticas ainda em discussão com o coordenador da Patologia Médica I sairão de áreas tais como: vasculites; paniculites; protecção solar; dermatologia cirúrgica - técnicas, presente e futuro; casos clínicos exemplares; dermatologia cosmética; dermatologia topográfica.

CONCLUSÕES FINAIS

CONCLUSÕES FINAIS

A cadeira de Dermatologia e Venereologia, no espírito da cadeira de Patologia Médica I, de que faz parte integrante, tem vindo a seguir, passo a passo, os caminhos da Reforma do Ensino médico em curso, tendo como primeiro interlocutor e coordenador, sempre presente, o Prof. Doutor Maximino Leitão.

Integrou, de forma organizada o ensino de cabeceira, diminuiu a carga de ensino factual e recorre às cadeiras básicas sempre que qualquer assunto possa ser mais bem apreendido com esse suporte. Manteve a tradição da Dermatologia de integrar no exame prático final casos clínicos a que damos uma valorização global de cerca de 60% da avaliação prática.

De uma forma geral, tentamos aproveitar os progressos pedagógicos e a Reforma para, de uma forma prudente mas progressiva, implementar uma modalidade de ensino que seja mais dinâmica e envolvente do aluno (“student-centered” e não “teacher-centered”), baseada tanto quanto possível na resolução de problemas (“problem-based” e não “information-gathered”), integrada na aquisição de conhecimentos noutras áreas (“integrated”), flexível e adaptada às necessidades de ensino (“elective” e não “standard-programmed”) e programada (“systematic” e não “opportunistic”). O conjunto destas modalidades de ensino é conhecido pelo modelo SPICES, assim designado em função das letras iniciais de cada um dos objectivos (desenvolvido em Correia de Campos, 1999): Student-centered, Problem-based, Integrated, Community based, Elective, Systematic.

Também procuramos fornecer meios de aprendizagem que permitam ao aluno uma capacidade crítica que o torne capaz de ser um interlocutor activo na discussão da informação que lhe é fornecida e ficar motivado para uma educação contínua. Nos tempos actuais, um dos objectivos de uma reforma curricular é criar sintonias e ambiente para que os alunos fiquem motivados a continuar a sua formação após a licenciatura, de preferência encontrando

entre os interlocutores principais a Escola que os formou.

Como objectivo último no ensino da cadeira, após a cedência da informação, pretendemos que o aluno a integre, transforme ou complete em conhecimento, com a contribuição do próprio e de todos os meios e condicionantes envolventes ao processo de ensino; este conhecimento deve ser desenvolvido em função de outros conhecimentos e das aptidões e atitudes de cada aluno, aperfeiçoadas ao longo da aprendizagem e das diversas vivências, criando a sua própria educação em Dermatologia e Venereologia. A informação transmite-se; o conhecimento adquire-se com mecanismos de reforço; devem-se aproveitar as aptidões para desenvolver adequadamente atitudes que culminem em educação. A informação esquece-se, o conhecimento é mais duradouro e a educação tende a permanecer.

Na essência, a cadeira de Dermatologia não tem áreas de sobreposição com qualquer outra disciplina do ensino médico a não ser com a cadeira de opção de Imunologia Clínica onde, por deferência pessoal do Prof. Doutor Segorbe Luís, temos tido a responsabilidade, partilhada com a Dra. Margarida Gonçalo, das aulas de Urticária e de Eczema atópico. No que respeita à Venereologia é cada vez mais uma área interdisciplinar, onde as cadeiras de Clínica de Doenças Infecciosas, Ginecologia e Urologia se encontram e onde participamos no Seminário de Infecções de Transmissão Sexual, por deferência do Prof. Doutor A. Meliço Silvestre. No restante, é uma cadeira de interface com grandes áreas da Medicina Interna, das Doenças Infecciosas, da Reumatologia, da Endocrinologia, em afecções tão distintas como as colagenoses, a SIDA, as mastocitoses, as amiloidoses, as doenças neutrofilicas, o mal perfurante plantar, entre outras.

Neste momento, e já com 13 cursos de regência, é nosso parecer, fundamentado pelos resultados dos alunos nos 2 anos em que simultaneamente leccionámos o 4º e 6º anos - e em que tivemos resultados com uma diferença média de 1 valor, favoráveis ao 6ºano, apesar da adaptação feita ao nível da quantidade e da qualidade da informação factual - que a cadeira de Dermatologia e Venereologia estaria melhor colocada no 5º

ano médico, assumindo o lugar de uma cadeira de patologia, complementar, em muitas áreas, a conhecimentos já adquiridos. É este o seu posicionamento em toda a Europa e compreende-se facilmente que as lesões cutâneas características das colagenoses não podem ser a primeira forma de abordagem destas afecções, nem os síndromas paraneoplásicos podem ser a primeira forma de apresentação de neoplasias que os alunos ainda desconhecem, entre outros exemplos paradigmáticos. Foi provavelmente este o pensamento que levou a que fosse colocada, durante muitos anos, no último ano do curso, embora concordemos que, nos tempos actuais, existe uma maior interacção com as restantes disciplinas.

Numa época de pensamento estratégico do ensino e de reformas e para não nos refugiemos todos na simplificação e no pensamento único, referimos que foram identificados dois tipos de abordagem de aprendizagem dos alunos, totalmente diferentes: uma aprendizagem profunda e outra superficial (Burge S, 2003).

Na aprendizagem profunda o estudante:

- Tenta compreender e activamente procura meios de satisfazer a curiosidade;
- Compreende a relação entre factos ou conceitos;
- Relaciona as novas ideias com o conhecimento prévio e com as experiências pessoais;
- Pode analisar uma situação profissional e identificar os aspectos críticos;
- Questiona e é capaz de explicar alguns tópicos pela reconstrução do conhecimento;
- Gosta e está interessado no seu trabalho;
- Está preparado para gastar mais tempo em estudo independente que os da abordagem superficial;
- Está motivado pelo interesse no assunto e/ou são relevantes motivos

vocacionais;

- Retém factos muitas semanas depois.

Na abordagem superficial o estudante:

- Memoriza factos para avaliações sem tentar compreender o seu significado;
- Acumula factos não relacionados e trata áreas relacionadas de forma independente;
- Reproduz o essencial tão exacto quanto possível;
- Não mostra evidência de reflexão orientada ou estratégica;
- Encontra uma resposta para um problema sem aprofundar os factos subjacentes ou princípios ilustrados pelo problema;
- Reúne a informação para uma tarefa com um mínimo de esforço;
- É motivado pelo desejo de completar a tarefa ou medo de falhar.

Sendo que existem estes dois protótipos de alunos, que todos reconhecemos, como manter um ensino factual pouco intensivo - sem grande extensão e profundidade de matérias - e preservar motivado, o que é com certeza estratégico, o estudante com uma abordagem de aprendizagem profunda? Uma solução poderia ser a de em grupos de seis a oito, ser facultada a possibilidade de realizarem um trabalho na área da disciplina, sobre matérias seleccionadas de uma lista alargada ou à escolha do grupo, a que seria dada uma cotação que acresceria à conseguida na avaliação normal - e esta não poderia ser cotada para 20 valores. No entanto haverá com certeza outras formas de incentivar os alunos com estas características e são necessárias experiências pedagógicas nesse âmbito.

Apesar de estarmos em plena Reforma simultânea com a integração e harmonização do ensino médico no espaço europeu, existem matérias que têm sido identificadas internacionalmente como subvalorizadas e que

deveriam vir a entrar ou estar melhor representadas no curriculum pré-graduado, das quais pretendemos destacar:

- Modificação do estilo de vida - sendo que 50% das mortes evitáveis são devidas a desvios a um modo de vida saudável, onde ocupam os primeiros lugares o tabaco e o álcool, o futuro médico deve receber ensino específico e aprender técnicas para interagir de forma consequente com esta problemática e estar sempre motivado para o fazer;
- O ensino da bioética necessita de uma base prática firme - as questões em discussão são de tal modo relevantes que atingem o núcleo do pensamento das sociedades e vão fazer parte dos processos de tomada de decisão em meros actos médicos a muito curto prazo;
- Deve ser praticado o trabalho em equipa, não só inter-médicos, em que já é treinado, mas também e de forma aprofundada o trabalho interprofissional, base da Medicina do futuro;
- Sistemas de saúde, Economia da Saúde, Direito da Saúde e Gestão, que não são assuntos muito interessantes para um estudante ávido de conhecimentos médicos, fazem parte dos conhecimentos de sobrevivência na sociedade do conhecimento integrado e portanto da Medicina do futuro que já nos bateu à porta;
- Globalização e tecnologia - é necessário pensar o mundo como a tal "aldeia global" - basta-nos ter presente que é provavelmente nos EUA que grassa actualmente a maior endemia de febre do Nilo e as questões recentemente levantadas a nível mundial pelo SARS, para que tenhamos ideia para o que devemos estar preparados. É suficiente pensar no desenvolvimento consequente do "Processo de Bolonha", para equacionarmos que a competitividade na prestação e nos prestadores de cuidados de saúde vai deixar de ser intramuros para, no mínimo, se estender de imediato à península, o que já está a acontecer com a Medicina pública e também privada. Do ponto de vista das novas tecnologias o incentivo é essencialmente para os

professores, que as devem utilizar na prática, quer na forma de informação e comunicação quer na forma de novas tecnologias aplicadas à medicina, já que, uma vez iniciados, os estudantes têm capacidades e treino para se instruírem nessas técnicas muito melhor e rapidamente que os próprios professores.

O que poderá estar sobrevalorizado curricularmente: a discussão encontra-se agora centrada nas cadeiras básicas (Jamshidi & Cook, 2003). Contudo, toda a construção teórica das últimas reformas chama a atenção para a base biológica da Medicina e sustenta que essa base deve ser reforçada como sustentação da própria ciência médica. Existe alguma coisa a otimizar em disciplinas tão diversas como a Anatomia, a Histologia, a Farmacologia, a Terapêutica ou a Bioquímica, entre outras? Se isso for o que em 1991 Bordage & Lemieux, chamavam de “conhecimento reduzido”, toda a base de sustentação do pensamento clínico sairá penalizada. No entanto, necessitamos obrigatoriamente de saber se o que se está a ensinar é clinicamente importante e se a informação é retida e reforçada de forma a ser consequentemente útil.

O melhor ensino é aquele que concede uma rede de conhecimentos sobre a qual o clínico pode construir o conhecimento futuro mas, como tem sido estudado nos processos de reforma curriculares, ela pode ser desbastada consideravelmente sem afectar a capacidade do estudante de funcionar efectivamente nas situações clínicas.

Estamos perante o dilema para que Steve Abramson chamou a atenção: o curriculum de determinado curso ou disciplina é um organismo sem sistema excretório. Se prestarmos mais atenção a algumas áreas, outras têm de ser abreviadas ou a duração do curso prolongada. A última opção é geralmente considerada inadequada e actualmente vem ao arrepio de todas as directivas nacionais e internacionais e deste modo a questão mantém-se: o que é que pode ser comprimido ou omitido sem custos?

A mudança educacional é um processo complexo, principalmente quando grandes grupos de pessoas, com variadas atitudes culturais, estão simultaneamente envolvidas. Existem várias estradas e muitos atalhos entre a situação presente e o futuro ideal. Interlocutores objectivos como os interesses financeiros, atitudes da sociedade, interesses corporativos e a inércia, podem bloquear o caminho e forçar a um temporário atraso. No entanto, a alta qualidade de todos os agentes interessados e envolvidos no treino médico e a urgente necessidade de melhorar a saúde global irão liderar o desenvolvimento contínuo para um sistema mais eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes M. Em: Valadares Tavares, L; Mateus, A, Sarsfield Cabral, F. Reformar Portugal. - 17 estratégias de mudança. Lisboa, Oficina do Livro, 2002.
- Azevedo B. "Sobre o estado do ensino superior", In Seminário Ensino Superior e Competitividade, Vol. I, Conselho Nacional de Avaliação do Ensino Superior, 2001.
- BOLOGNA DECLARATION. In. Bologna: The European Higher Education Area, Joint Declaration of the European Ministers of Education; 1999
- Bolonha-Bergen, 2005 (www.bologne-bergen2005.de).
- Bolonha-Berlim, 2003 (www.bologne-berlin2003.de).
- Bolonha-Londres, 2007 (www.bologne-london2007.de).
- Bordage G, Lemieux M. Semantic structures and diagnostic thinking of experts and novices. Academic Medicine 1991; 66: 70-72.
- Burge SM. Undergraduate medical curricula: are students being trained to meet future service needs? Clin Med; 3: 243-246.
- Celestino da Costa J. Um certo conceito de Medicina. Lisboa, Gradiva 2001.
- Cooke M, Irby D, Sullivan W, Ludmerer. American Medical Education 100 Years after Flexner Report. N Engl J Med 2006; 355; 13: 1339.
- Correia de Campos A. Vicissitudes da modernização do ensino da saúde. Uma proposta frustrada. Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Médica 1999; 9(2): 10-28.
- Cox K. Planning bedside teaching, I. Overview (Review). Medical Journal

of Australia 1993: 158: 280-282.

- Declaração de Bolonha. www.seminario-declar-bolonha.net
- DIÁRIO DA REPÚBLICA, I SÉRIE-A, N° 60, Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de Março de 2006
- Education Committee of the general Medical Council. Tomorrow's Doctors. Londres, Dezembro de 1993.
- Ende J. What if Osler was one of us? Inpatient teaching today. Journal of General Internal Medicine 1997; 12 (Suppl. 2): 41-48.
- Faculdade de Medicina de Coimbra. Formação médica pré-graduada. Bases programáticas. Coimbra, 1995.
- Figueiredo A. Oração de Imposição de Insígnias. Universidade de Coimbra, 1998.
- Flexner A. Medical Education in the United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for Advancement of teaching. New York, Carnegie Foundation for the Advancement of teaching, 1910.
- Fontes Ribeiro CA. Relatório Pedagógico. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2001.
- Freitas DS. Reflexões sobre o ensino médico pré-graduado e as especialidades médicas. Reunião da Sociedade Portuguesa de Educação Médica, Coimbra, 1994.
- Grupo de Trabalho para a revisão do ensino médico. Relatório. Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, 1994; II (4): 113-137.
- Harden RM, Laidlaw JM, Hesketh EA. AMEE Medical Education Guide nº 16: Study Guides - Their Use and Preparation. Medical Teacher 1999a; 21(3): 248-65.
- Harden RM, Laidlaw JM, Hesketh EA. Study guides - their use and preparation. Education Guide nº 16 da Association for Medical Education in

Europe (AMEE). Centre for Medical Education, University of Dundee, Scotland, 1999.

- Hiatt M, Stockton C. The Impact of the Flexner Report on the fate of medical schools in North America after 1909. *J Am Phys Surg* 2003; 8: 37-39
- Jamshidi HD, Cook DA. Some thoughts on medical education in the twenty-first century. *Medical Teacher* 2003; 25: 229-238.
- Jaspers K. *The idea of University*. Londres, Peter Owen, 1965; pp 51-63.
- Kerr C. *The Uses of the University*; Harvard, 1963.
- Kroenke K. Attending rounds revisited (President' s Column), *Society of General Internal Medicine Forum* 2001; 24: 8-9.
- LaCombe MA. On bedside teaching. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126: 217-220.
- Lobo Antunes J . Um médico para o nosso tempo. Em: *Numa cidade feliz. - Ensaios*. Lisboa, Gradiva, 2001:pp 13-26.
- Lourtrie P. A Declaração de Bolonha. Relatório apresentado ao Senado da UTL, em 9 de Outubro de 2000, com base na apresentação feita na Reunião de Directores-Gerais do Ensino Superior e Presidentes de Conselhos de Reitores da U E, Aveiro, Abril de 2000.
- Lourtrie P. Avançando o Processo de Bolonha. Relatório para os Ministros de Educação dos países signatários. Relatório encomendado pelo Grupo de Acompanhamento do Processo de Bolonha, Praga, Maio de 2001.
- Lowry S. *Medical Education*. London, BMJ Publishing Group, 1993.
- Machado JP. *A formação clínica dos alunos de Medicina e os estabelecimentos de saúde*. Porto, 1996.
- Marques Gomes, M. *Relatório Pedagógico*, 2008.

- Mota Pinto, A. Relatório Pedagógico, 2007.
- OCDE; Exame das Políticas Nacionais de Educação - Portugal, GEPME, 1984.
- OEDC, Education at a glance: OEDC indicators, 2008.
- OECD factbook 2008: Economic, Environmental and Social Statistics. Physicians for the twenty-first century. Report of the panel on the general professional education of the physician and college preparation for medicine. Association of American Medical Colleges; 1984. Educação Médica 1990; 1: 8-24.
- Pereira da Silva JA, Mortenson D, Porto A. Ensino Médico. Desafios para o futuro. Acta Med. Port. 1994; 7: 639-646.
- Relatório do Grupo de Trabalho sobre Formação Médica no Sistema Nacional de Saúde. Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Médica 1999; 9(3): 20-5.
- Relatório sobre a reforma do ensino médico. Diário do Governo, nº45, 24 de Fevereiro de 1911.
- Resende de Oliveira C. Relatório Pedagógico. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 1997.
- Silva JM. A reforma curricular. Causas, mecanismos e finalidades. Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, 1993; I (9): 289-292.
- Silva JM. Reflexões para um novo programa curricular. 2.Objectivos da pré-graduação. Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, 1995; I (2): 72-77.
- Todd AR. "The Todd report" (1968). Royal Commission on Medical Education, (Cm 3589).
- Torres Pereira A. Da educação médica à prática médica. A saga e as suas vicissitudes. Revista da Ordem dos Médicos 2003; Ano 19, n.º 31: pp.

32-35.

- Valadares Tavares L. Em: Valadares Tavares, L; Mateus, A, Sarsfield Cabral, F. Reformar Portugal. - 17 estratégias de mudança. Lisboa, Oficina do Livro, 2002.
- Veiga Simão J, Machado dos Santos S, Almeida Costa A. Ensino Superior: Uma visão para a próxima década. Lisboa, Gradiva, 2002.
- Vieira, Duarte Nuno. Relatório Pedagógico. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 1997.
- Walton H. The Edinburgh declaration. Ten years afterwards. Basic Science Education 1999: 9: 3-7.

