

MEMÓRIAS
DA
ACADEMIA DAS CIÊNCIAS
DE
LISBOA

CLASSE DE CIÊNCIAS

TOMO XLVIII

**O ensino da Medicina – Algumas
Premissas em Busca de Uma Epistemologia
do Ensino Médico**

JOSÉ RUEFF



ACADEMIA DAS CIÊNCIAS
DE LISBOA

LISBOA • 2022

O ensino da Medicina – Algumas Premissas em Busca de Uma Epistemologia do Ensino Médico

JOSÉ RUEFF

A educação e o ensino médico extravasam, porventura em muito, a instituição que os ministra, a universidade, a escola médica, para terem raízes no terreno da sociedade e da política.

Reflectir sobre as premissas do ensino médico, como aqui, só contribui em parte, se contribui, para esse ensino e para a formação dos futuros médicos se a vida pública de uma sociedade lhes der acolhimento. Valem, assim, apenas o que a cidadania organizada lhes quiser outorgar como valor.

Elencarei esta breve reflexão em seis premissas sem conclusão.

PRIMEIRA PREMISSE

A curiosidade: A ciência e a ciência médica, partem da empirologia do real e só são ciência se formularem perguntas.

Assim também, a medicina clínica parte da história clínica do doente e dos dados da empirologia semiológica para **fazer perguntas** que conduzam ao diagnóstico, à compreensão etiológica e, como tal, à adequada terapêutica (a terapêutica etiológica).

A ciência médica, tal como a prática clínica é indutiva, não é lógico-dedutiva, ou seja, tem que confrontar-se com dados e factos inesperados e não contidos nas premissas.

Aliás, as boas perguntas fazem toda a diferença. Nas revistas de ciência podemos observar uma grande quantidade de trabalhos em que os autores não produzem boas perguntas ou boas ideias. Muitos trabalhos são repetitivos não pela necessidade de comprovação, mas pela falta de novas ideias, porque não foram feitas perguntas (mas somente '*data collection*') ou não foram feitas as boas perguntas.

As **perguntas**, pedra de toque do avanço do conhecimento científico e médico, podem partir dos conceitos de **plausibilidade** e de **crença**. usando cativamente o formalismo de Shafer, ou 'belief system':

$$Pl(p) = 1 - Bel(p)$$

em que a plausibilidade (Pl) será total, i.e. =1 se e quando o 'belief' (Bel) é zero.

Ou seja, a partir dos dados da empirologia do real (os fenómenos com que somos confrontados), as queixas do doente, os dados complementares da clínica, podemos ter uma crença, um 'belief' que se reduzirá a zero, ou seja já não é necessária, quando a plausibilidade é total, i.e. = 1.

Evoluímos, pois, com perguntas que nos permitam confirmar uma crença (um *belief*) pela sua plausibilidade.

Isto tanto na marcha diagnóstica em clínica, como na investigação experimental. O médico e os futuros médicos são pois, ou deverão ser, treinados para fazer perguntas.

E essas perguntas são formal e conceptualmente as mesmas na investigação e na clínica:

- **O que é isto?** (seja um fenómeno da experiência ou os dados do doente) = diagnóstico!
- **Como é isto?** (qual o *'iter cognoscendi'* que devemos seguir, o caminho cognoscitivo, o raciocínio que nos conduza à razão desse fenómeno. Pode ser o mecanismo causal em experimentação ou a patogenia da doença)
- Finalmente **Porquê isto?** Qual o *'primum movens'*, qual o determinante, ou na clínica, qual a causa, qual a etiologia.

Porquê em latim diz-se *cur* e é deste étimo que vem *curiosidade*.

Esta é a primeira e crucial condição que faz o cientista e que faz o médico.

Curiosidade intelectual entendida no genuíno do seu étimo latino *cur* (= porquê?); isto é saber sempre fazer perguntas; não aceitar conhecimentos sobre os quais não indagamos. Sobretudo, indagar sempre e sobre tudo aquilo em que o médico é chamado a intervir e a servir o seu doente – do diagnóstico à terapêutica, às situações difíceis de fim de vida.

Não é muito provável que tenha sido, de facto, William Butler Yeats (Nobel da Literatura em 1923) quem escreveu a conhecida máxima do ensino que, todavia, a ele se atribui *“Education is not the filling of a pail, but the lighting of a fire”*. Seja como for, é o atear desse fogo de curiosidade nos nossos Alunos que deve constituir a premissa primeira de um curriculum. Só esse fogo forma médicos cultos e com espírito crítico e criativo.

SEGUNDA PREMISA

Auto-aprendizagem permanente: a noção límpida de que o conhecimento, as capacidades e as competências sofrem enorme erosão com o evoluir do que se ensina.

Avançam velozmente alterando os conceitos e as aplicações. Portanto, re-aprender em permanência, pôr em causa o que se aprendeu e fazê-lo com criatividade: só o espírito crítico e criativo pode ser substrato de um bom médico.

Estima-se que a duplicação dos conhecimentos médicos era de 50 anos em 1950, mas já era de 7 anos em 1980 e é de 73 dias em 2020.

Assim os alunos que terminarem o seu Curso de Medicina em 2020 podem esperar ter de enfrentar cerca de 4 duplicações de conhecimentos disponíveis quando estiveram a praticar clínica (1).

Não é, pois, no acrescentar mais conhecimentos ao curso, válidos por pouco tempo, que faremos melhores médicos – mas antes, no darmos-lhes, enquanto alunos, o estímulo da curiosidade e da auto-aprendizagem!

E esta é-o por toda a vida clínica; é o *LifeLongLearning*.

TERCEIRA PREMISA

Educação para os conhecimentos, mas também para os valores: educar (do étimo latino *educere*) é encaminhar no sentido de um bom profissional de medicina, não é treinar um técnico de saúde, porque o médico não é um técnico de doentes.

Ou como tão bem e acutilantemente o referiu o Ilustre Académico, Professor Jaime Celestino da Costa: "... um médico que exerce a profissão de clínica não é um técnico de saúde, é simplesmente um médico,como um advogado não é um técnico de leis, o padre não é um técnico de religião, o pianista não é um técnico de pianos – é um artista, um músico" (2)

Educar, é-o para os conhecimentos, com toda a liberalidade, isto é, sem limites à juvenil curiosidade científica do jovem futuro médico, mas é-o também educar para os valores, pois se o médico não é um técnico, também o doente não é uma máquina – sofre, sente-se só, desespera tantas vezes por esclarecimentos.

Por muito avançada que seja uma área do saber médico, sem carinho e proximidade ao doente, o doente dissolve-se num cadinho de moléculas, num "caso" da "medicina molecular" (que terá muito de *molecular*, mas talvez bem pouco de *medicina*).

Respiro do saudoso e também Académico Professor João Lobo Antunes: "Não sei o que nos espera, mas sei o que me preocupa: é que a medicina, empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada pela burocracia, apague a sua face humana e ignore a individualidade única de cada pessoa que sofre, pois embora se inventem cada vez mais modos de tratar, não se descobriu ainda a forma de aliviar o sofrimento sem empatia ou compaixão." (3)

QUARTA PREMISA

O lugar na pirâmide da formação do futuro médico: em algumas Escolas Médicas, deste e do outro lado do Atlântico, se supôs nos últimos anos que a cornucópia dos 'saberes médicos' a facultar aos jovens futuros médicos não teria uma necessária sequência lógica e ordenada.

E, assim, se anteciparam áreas ou domínios do saber médico e se colocaram mais tardiamente unidades de ensino cuja verdadeira valia formativa deveria ter lugar mais cedo na pirâmide da formação médica, por servirem de base a conhecimentos que virão depois e cujo aproveitamento pleno depende dessa precedência e dessa sequência lógica.

Se está a acontecer entre nós; também já o foi notado em outros Países.

Não devem `à outrance' serem as mentes juvenis dos futuros médicos colocadas perante conjuntos de dados e de raciocínios que requereriam conhecimentos prévios que ainda não possuem, nem lhes foi dado possuírem. Tal como o acesso aos túmulos das pirâmides egípcias, o conhecimento médico não se faz em escada, mas em rampa; isto é, em continuidade, não podendo, pois, libertariamente estarem a colocar-se e trocar-se degraus de uma escada que deveria ser uma rampa, sob pena de todos tropeçarmos.

Qualquer área do conhecimento requer um 'tempo de respiração'. Isto é um tempo de contacto com docentes, um tempo de estudo, um tempo de reflexão, um tempo de integração. O escasso n.º de ECTSs (*European Credit Transfer and Accumulation System*) que é dado a algumas áreas, pode correr o risco de levar a uma apneia de conhecimentos nesta área, parecendo até que já estarão a conduzir a uma dispneia de aquisição de saberes que essas áreas deveriam proporcionar, numa época em que já imperam da genómica, à proteómica, à medicina personalizada e da precisão, à medicina baseada na evidência; mas sempre e sobretudo à medicina do ouvir e explicar ao doente: a medicina narrativa.

QUINTA PREMISA

Aprender fazendo: O timbre que definitivamente marca o ensino e o saber universitário radica, ou está intimamente ligado, no participar do processo de aquisição da verdade, no processo de investigação.

Universidade da *'ideia'*, da *'razão'*, como entendemos a nossa, só se entende se tiver como ideia e desígnio que o aluno aprende com a investigação, com o fazer da ciência. Todavia, os locais dedicados a aulas encontram-se hoje muitas vezes apartados dos lugares da investigação e estes, por seu turno, existem para si; esquecendo que estão para servirem primariamente, antes do mais e sobretudo, o ensino médico e os futuros médicos. Karl Jaspers, no seu "A ideia de Universidade" ("*Die Idee der Universität*") já clamava que ensinar é deixar participar no processo de investigação ("*Lehre heißt teilnehmen lassen am Forschungsprozess*")

SEXTA PREMISA

A qualidade de quem ensina e do que se ensina: Sobre os objectivos no ensino universitário e sobretudo no ensino médico muito tem sido escrito. O objectivo central, do ponto de vista performativo do aluno e do professor, pode ou deve assentar na meritocracia relativa de quem aprende e de quem ensina, e do ponto de vista epistemológico na utilidade do saber transmitido e recebido.

Isto é: estamos a ser bons alunos e professores? Está a ser útil o que transmitimos e o que aprendemos? Subjacente a estas perguntas está no fundo saber se estamos a apontar para a excelência (do ensino e da aprendizagem – processos afinal menos distintos entre si do que possamos pensar, pois se justificam e definem um pelo outro; em francês pode não haver mesmo distinção vocabular: "*apprendre*" vale para os dois processos).

Se colocamos o *'benchmark'* na **excelência**, não podemos, todavia, esquecer que esta é correlativa da **exigência**. Assim, para termos excelentes alunos e excelentes futuros médicos, temos de ter professores excelentes, professores que sejam muito exigentes consigo próprios.

Como escreveram Clayton e Ash:

"Learning to teach – and to teach with ever-greater success and satisfaction – is itself an ongoing exercise in experiential education. As such, it is a process maximized when undertaken in conjunction with systematic critical reflection. As students ourselves in this process, we benefit from guidance, collaboration, and feedback in our efforts to analyse teaching-related experiences and to articulate and then act on specific learning outcomes." (4).

Ensinar é, pois, um processo de diária reflexão, de permanente aprendizagem, de aceitação de todas as aferências, sobretudo as dos alunos, que nos possam ajudar a chegar, senão à excelência como professores, pelo menos à descoberta do azimute que a tal nos possa conduzir. É, pois, um processo de exigência e de auto-crítica ininterrupta.

Ora é isto que ditará em qualquer instância e primacialmente o valor de um esquema ou reforma de ensino. As reformas são fundamentalmente operatórias, não tanto guias seguras para a obtenção do resultado de ter médicos excelentes.

A experiência mostra que diversos esquemas operatórios de ensino podem conduzir, qualquer deles, a um bom resultado. Mas mediocridade de ensino é que nunca conduzirá a bom resultado. Esta deve ser a angústia diária de cada professor de medicina: é, pelo menos a minha.

Mas certo é que o esquema operatório, ou o *curriculum* médico também pode contribuir para a excelência, ou, ao invés, para a mediocridade no processo de ensino-aprendizagem.

Num fascinante artigo já de 1989, sugestivamente intitulado *“To Be Educated or To Be Trained?”*, Richard A. DeRemee, professor de medicina na Mayo Medical School, escreveu:

“We ought to establish liberal medical education. This proposal means no shortcuts. It means that basic sciences should be taught in their purity, not incidentally applied here and there in the so-called systems approach. The same guideline applies for the teaching of the now almost arcane subject of anatomy. To me it is a mystery how physicians can properly deal with a body about which they have only passing knowledge. There ought to be no tracking. (...) All physicians should have similar, broad, liberal educations. Will we broadly educate or simply train? Will we provide the basics to stimulate creative, intuitively responsive physicians, or simply purvey a litany of insipid algorithms for medical technocrats?” (5).

Num tom não muito diferente, embora mais expressivo no propósito, um grupo de professores norte-americanos publicou bem mais recentemente, em 2013, na *Academic Medicine* (6), uma carta ao editor que é quase um apelo, escrito sem os assomos dos latinos, mas colocando o ‘dedo na ferida’ (e com o sugestivo título: *“Desperately seeking Flexner: time to reemphasize basic science in medical education”*).

Vale a pena ler alguns passos:

“The medical education community is currently engaged in an intensive review and revision of current models for physician training. (...) These curriculum revisions are occurring as a new age dawns in medicine. Genomics, proteomics, and metabolomics will enable physicians to examine patients with a comprehensiveness unimagined by their forebears. Access to personalized data for each patient will yield more accurate diagnoses and the selection of optimized treatments. (...) To leverage these revolutionary developments, future physicians will require the type of firm grounding in basic sciences recommended by Flexner in 1910. Paradoxically, recently many medical schools have substantially reduced basic science education.”

Esta preocupação nos caminhos do ensino médico, sentida do outro lado do Atlântico, não creio que seja apenas lá sentida.

“To be educated or to be trained” é afinal a questão que está no âmago da definição de Universidade. Esta só o é se o seu ensino for genuinamente *‘Lehre’*, isto é, processo de participação na procura da verdade, no questionar permanente, no fomento da curiosidade. E ‘curiosidade’ tem o seu étimo no latim *“cur”* = *Porquê?* É a formação (*Bildung*) que define a Universidade e o papel que ela tem na sociedade, seu compromisso funcional primeiro.

Por oposição, e como já antes o escrevemos (7) surge a *Unterricht* (= instrução), que pode caracterizar as *Fachhochshuleshulen* alemãs ou os defuntos *Polytechnics* que um governo britânico converteu em *‘so-called’ Universities*, mas que não definem a Universidade da cultura-formação (*Bildung*). *“O ensino-instrução (Unterricht) pode ter um papel no quadro de outros sistemas de ensino (...) mas definitivamente fora da universidade da cultura”*, como já escreveramos há anos (8).

Dar “instrução, “treinar”, não é preparar mentes juvenis para os desafios futuros com que o progresso científico os confrontará. Se não proporcionarmos a *‘liberal medical education’* de que falou DeRe-mee, podemos instruir ‘técnicos de saúde’, mas estou em dúvida que formemos médicos.

O modelo do médico pleno, do médico culto, só se completa se o ensino souber traduzir, através da prática, da atitude e, sobretudo, da postura de quem ensina, uma educação para os valores e uma educação para a cidadania. Uma e outra podem justificadamente fazer parte do habitualmente chamado “currículo escondido”, aquilo que não surge nos programas e fichas curriculares, mas está inscrito na matriz da escola.

O Professor João Lobo Antunes, exemplarmente se referiu e definiu o que é alma da cidadania no “currículo escondido” da formação médica: “A cidadania é provavelmente mais bem tida em conta pelo enigmático currículo escondido (...) inscrito no tijolo e na argamassa de cada escola, preservado e transmitido através das gerações, e sustentado por modelos que são, em sua essência, a expressão mais pura da solidariedade humana. Este currículo oculto é, na verdade, construído até ao dia da nossa morte como médicos” [*“Citizenship is probably better cared for by the enigmatic hidden curriculum (...) which is inscribed in the brick and mortar of each school, preserved and transmitted through the generations, and sustained by models who are, in its essence, the purest expression of human solidarity. This hidden curriculum is actually built until the day we dye as physicians.”*] (9).

EPÍLOGO SEM CONCLUSÃO

Termino sem ousar concluir. Apenas procurei elencar algumas premissas sobre as quais serão os meus alunos a reflectir. É um pouco como Pirandello e as suas *“Seis personagens à procura de um autor”*.

Que como na peça de Pirandello, o que desejo é que os meus alunos me ensinem a encenar estas premissas de um melhor modo, que lhes dê uma melhor vida. Que o palco da vossa vida de clínicos cultos, dedicados aos doentes, me ensinem a ser melhor professor. E que eu saiba servir-vos mostrando que o doente é um todo, não um conjunto de vísceras cada qual com seu especialista – e é a este todo que nos devemos entregar totalmente: a medicina é a dádiva do todo de um homem – o médico – ao todo do seu doente. E é com as fímbrias do nosso ser de médicos e nos escaninhos da nossa alma que havemos de ir buscar os meios de acolher e tratar o doente, sabendo usar o que o currículo nos tenha dado e a nossa inquietude intelectual tenha feito crescer.

O modelo do médico pleno, do médico culto, só se completa se ao saber científico se juntarem as «disciplinas do sentido» às «disciplinas da explicação», como lhes chamou Fernando Gil. Ou seja, como em Wilhelm Dilthey, tanto as «ciências naturais que explicam (*erklären*)», como as «ciências humanas que compreendem (*verstehen*)».

Isto é, se deixar presença, tanto nas *Geisteswissenschaften*, como nas *Naturwissenschaften*.

Mas também não pode o médico de hoje alhear-se do que é o ‘valor’ do que faz e pratica. Assim, como em Michael Porter, ter noção de que os cuidados de saúde devem assentar num “value based healthcare”, enquanto acréscimo de saúde por cada € investido no acto médico.

(COMUNICAÇÃO APRESENTADA À CLASSE DE CIÊNCIAS
NA SESSÃO DE 2 DE MAIO DE 2019)

REFERÊNCIAS

1. Densen P. Challenges and Opportunities Facing Medical Education. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*. 2011; 122:48-58
2. Celestino da Costa J. "Um certo conceito de medicina" Gradiva, Lisboa, 2001
3. Lobo Antunes J., in "Ouvir com Outros Olhos", Gradiva, Lisboa, 2015
4. Clayton P H and Ash S L. *Innovative Higher Education* 29 (2): 37-54, 2005
5. DeRemee R. A. *Mayo Clin Proc*. 64 (8): 1022-1023, 1989
6. Kennelly PJ, Bond JS, Masters BS, Dennis EA, Brenner C, Raben DM., *Acad Med*. 88(10): 1405-1406, 2013
7. Rueff J. *Brotéria-Genética*, XIX (XCIV): 27-49, 1989
8. Rueff J. *Nova Medicina*, VII (11 e 12): 6-9, 2002
9. Lobo Antunes, J. *RFML*, Série III, 8(2): 51-53, (2003).