

Ensaio sobre a formação básica em Medicina Geral e Familiar no Século XXI

ALEXANDRE DE SOUSA MARTINS PINTO *

Resumo:

O autor especula sobre a possível evolução do ensino pré-graduado da Medicina Geral e Familiar no futuro previsível. Enquadrando o problema no ensino universitário, analisa as alterações correntes e previsíveis dos padrões do exercício da profissão médica, o desenvolvimento e crescente importância da Medicina Geral e Familiar, a sua fundamentação científica, as exigências do desenvolvimento social em curso, e os constrangimentos do ensino da Medicina em geral e da Medicina Geral e Familiar em particular. Refere-se brevemente às linhas gerais da orientação do currículo no novo curso de Medicina da Universidade do Minho. Termina exprimindo a esperança de que o ensino das aptidões clínicas venha de novo a ocupar o lugar primordial que deve ter na formação básica dos médicos para o século XXI.

Palavras-chave:

Medicina Geral e Familiar; Ensino Médico; Prática Médica.

Âmbito do ensaio

A primeira questão a colocar é a do âmbito em que se poderá fazer esta análise. Âmbito local, ou geral? No curto, no médio ou no longo prazo?

O ensino básico é diferente em cada local, em cada Faculdade e sujeito a influências diferentes, em

muitos casos mal conhecidas. Por isso, parece necessário limitar às tendências que possam ser reconhecidas como gerais, no mundo ocidental, a que Portugal poderá resistir mas, certamente, não escapar.

O ensino básico forma médicos que irão começar a praticar 10 anos depois de entrar na Faculdade, e que estenderão a sua prática por 40 anos. Geralmente, os estudantes desejam saber, ao matricular-se, aquilo com que devem contar, isto é, saber à entrada qual é a organização e a estrutura do curso que vão

fazer. Esta circunstância, sem dúvida respeitável, introduz uma considerável rigidez na organização dos cursos, não permitindo inovar no curto prazo, com excepção dos cursos criados de novo, que são uma raridade. Por isso e também porque é sempre sujeito a maiores influências locais, excluírei da análise o que poderá acontecer no curto prazo, com excepção do que está a projectar-se na Universidade do Minho, a que se farão algumas breves referências.

Enquadramento geral

No mundo ocidental, o ensino básico da Medicina faz-se nas universidades. Parece-me conveniente recordar algumas características gerais e permanentes dessas instituições, porque elas influenciarão inevitavelmente o ensino que se processa no seu interior.

As universidades têm como objectivo principal a formação de jovens para o exercício de uma profissão de base científica. Digo que este é o seu objectivo principal porque é aquele que é aceite sem discussão por todos, em especial pelos governos pagantes, e pelos estudantes que nos seus cursos investem tempo e dinheiro, deles ou dos pais.

Mas, as universidades e, particularmente, as Faculdades de Medicina têm outros objectivos que não são menores e que, noutros cenários, poderão ser considerados mais importantes do que o da formação dos jovens. São eles, em primeiro lugar, o de cultivar a própria ciência a que se dedicam. Cultivar com-

* Professor Catedrático, Doutor em Medicina. Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

preende a sua conservação, mantendo-a disponível para quem dela possa necessitar, nas bibliotecas e nos seus Serviços e Laboratórios, e compreende o seu desenvolvimento, isto é, a investigação científica. E, em segundo lugar, as Faculdades de Medicina têm também o objectivo de prestar serviços à comunidade, sejam eles o da difusão cultural, ou outros serviços profissionais que estejam dentro das suas capacidades, como estão os cuidados médicos, primários, secundários e, especialmente, os terciários. Deixo de lado a tentativa de demonstrar a pertinência e relevância destes outros dois objectivos, eventualmente recusados pelos mais utilitaristas. Chamo a atenção apenas para que, dos docentes universitários, muitos são os que os aceitam e esse facto continuará a ter, certamente, grande influência na forma como as Faculdades se comportam e exercem as missões que lhe são confiadas, particularmente, na formação dos jovens médicos.

No mundo ocidental as universidades são compreendidas como instituições do mais alto nível científico e profissional. Espera-se que o ensino seja verdadeiramente superior, o que agora se costuma sintetizar dizendo que deverão ser centros de excelência. E isso significa que deverão atingir os seus objectivos com uma prática de ensino, investigação e serviço da mais alta qualidade possível.

É geralmente reconhecido e aceite que a formação de alta qualidade só se encontra em centros onde há prática profissional também de alta qualidade e investigação científica também excelente. Será, seguramente, ocioso tentar demonstrar a verdade deste truísmo, unanimemente aceite e confirmado pela experiência prática, de não se conhe-

cerem instituições onde se tenha verificado atingir-se um desses objectivos sem que os outros sejam também perseguidos, ainda que num deles possa haver maior empenhamento ou maior sucesso do que nos outros.

Mas embora intelectualmente todos reconheçam e proclamem esta verdade, muitos não a têm assumido na prática. Em Portugal e noutros países do Ocidente, não faltam tentativas fracassadas de instituições que assumiram isoladamente apenas um destes três objectivos, seja ele o da formação médica, o da investigação ou o dos cuidados médicos. Nem uma só conseguiu manter níveis sustentados de alta qualidade, mesmo quando, como no caso da Fundação Rokefeller – ou da Fundação Gulbenkian –, seguramente, não tinham escassez de recursos. Os Laboratórios do Estado e alguns hospitais são, em Portugal, nítidos exemplos de fracasso em tentativas desse tipo.

Mas essas tentativas fracassadas não foram inúteis. Chegamos ao fim deste século com um grande capital de experiência nesta matéria. Hoje sabemos que formação, investigação e serviço de qualidade estão indissolavelmente ligados entre si, particularmente em Medicina. Esta será uma influência enquadrante e estruturante da formação médica que seguramente não deixará de se fazer sentir no próximo século.

A evolução da prática médica

Apesar de não ser o único objectivo das Faculdades de Medicina, o objectivo da formação dos jovens médicos continuará, seguramente, a ser o seu objectivo principal. A formação científica para o exercício de uma profissão é sempre um reflexo

da sua prática na sociedade, embora a uma certa distância, no tempo e no espaço. Daí que seja oportuna uma breve consideração de como a prática médica tem evoluído, nas suas linhas gerais.

Nem sempre a Medicina foi uma profissão de base científica. Só a partir do início deste século se pode dizer que a prática médica tenha passado a ser fundamentada em evidências com características que se podem classificar de científicas.

Os progressos da Anatomia – incluindo a Histologia, que só se tornou possível com a descoberta do microscópio – da Fisiologia e, sobretudo, da Bioquímica, feitos a partir da segunda metade do século XIX, permitiram assentar a prática médica em evidências com base científica, apesar de certas fragilidades que a Medicina Baseada em Evidência tem vindo recentemente a revelar. Esse facto teve reflexos na organização da formação médica, o que se costuma referir ao relatório de Flexner¹ publicado em 1910.

Os progressos dessas ciências básicas e das espectaculares tecnologias que se tornaram disponíveis originaram uma explosão do conhecimento médico, com consequências imediatas num enorme progresso da eficácia dos cuidados. Este progresso tornou-se bem visível num enorme aumento da esperança e da qualidade da vida. Atingiu-se um razoável domínio das doenças agudas o que, aliado ao envelhecimento da população, desviou a prática médica no sentido das doenças crónicas, das pessoas idosas e da Prevenção.

O aumento explosivo do conhecimento médico obrigou à especialização. Tecnologias complexas baseadas em instrumentos caros e complexos, obrigaram ainda a outras especializações. Os médicos passaram a conhecer cada vez com

maior profundidade e exactidão uma parte cada vez mais restrita do fenómeno humano. Criaram-se mais de 100 especialidades e competências específicas no exercício da Medicina.

A Medicina de qualidade passou a praticar-se em hospitais, que são os locais onde é possível manter as complexas tecnologias ao dispor de um maior número de pessoas e praticá-las de forma controlada, eficiente e eficaz. É nos hospitais que é possível congrega à volta do doente todas as técnicas e especialistas necessários para o seu tratamento. O médico deixou de poder ser um profissional isolado, em diálogo com o seu doente, e passou a ter de actuar em equipa, frequentemente também com especialistas não médicos.

A formação dos médicos reflectiu este movimento. Outrora baseada quase só na prática – o discípulo acompanhava o mestre e copiava o seu comportamento – passou, neste século, a ser focada quase exclusivamente nos conhecimentos que, entretanto, aumentavam exponencialmente, devido ao trabalho de investigação das equipas de especialistas que se formavam para ensinar e prestar cuidados médicos. As Faculdades passaram a formar os médicos quase só ministrando conhecimentos, num ensino em que constantemente se buscavam as generalizações teóricas, numa ânsia de abarcar toda a realidade. Esperava-se que o jovem médico, formado como um cientista, viesse a aprender o comportamento, isto é, a forma de utilizar os conhecimentos, por si só, na sua prática depois de formado.

Este paradigma formativo, ainda que agora nos pareça inconveniente ou até mesmo repugnante pela excessiva teorização, produziu resul-

tados excelentes ao longo da maior parte do século XX, formando excelentes médicos e gerando óptimos resultados ao nível dos indicadores da saúde das populações. A profissão médica manteve-se em alto conceito social.

Porém, hoje reconhecemos não terem sido só benéficas as consequências deste paradigma formativo.

A especialização e a superespecialização, produzindo médicos capazes de ver o doente, não como uma pessoa, mas como um órgão, uma doença ou um simples objecto de tecnologia, desumanizou a prática da Medicina, em especial da sua prática mais representativa, ou seja a prática hospitalar.

Os diferentes especialistas necessários para tratar uma pessoa conduzem, por vezes, acções contraditórias entre si, eventualmente com prejuízo para o doente e para o seu tratamento.

A inevitável hospitalização dos doentes, desligou o médico do contacto com as pessoas sãs, dificultando a prática da Medicina Preventiva. Esta ficou, na prática, restrita ao âmbito da Saúde Pública.

A obsolescência dos conhecimentos e das tecnologias, que se desactualizam em mais de 50% em menos de 5 anos, abriu caminho a inequidades na distribuição dos benefícios e dos ganhos em saúde. Uns são cuidados de acordo com as mais recentes *guidelines*, outros não.

A alta tecnologia hospitalar e a própria organização da prática especializada nos hospitais fez explodir os custos, abrindo caminho à inequidade na distribuição dos recursos, cada vez mais escassos.

A este propósito, recorro um doente paradigmático.

Há alguns anos numa junta de verificação de baixa, pelas 9 horas da

manhã, observei um varredor municipal que estava com baixa há mais de dois meses. Como comprovativo do seu estado, apresentou-me um boletim de alta hospitalar em que se referia o seu internamento em Medicina, pelo SU, com «parestésias e diminuição da força nos membros superiores e inferiores» e o diagnóstico de entrada de «doença neuromuscular». Aí tinha estado internado um mês inteiro e descreviam ter-lhe sido feita, além da história e do exame clínico, uma panóplia de exames complementares que incluía: Hemograma, glicose, ureia, ionograma, electroforese das proteínas séricas, aldolase muscular, ácido fólico, Vitamina B12, transaminases, serologia do citomegalovirus, do herpes, do toxoplasma, imunocomplexos circulantes, estudo diferencial dos linfócitos, imunoglobulinas, crioglobulinas, autoanticorpos, complemento, marcadores tumorais (CEA, PSA, CE 19.9) T3, T4, TSH, PCR, Waller Rose, VDRL, sedimento urinário, proteinúria em 24 h.; e, ainda, ecografia vesico-prostática, ecocardiograma, Rx de tórax, endoscopia digestiva alta e recto-sigmoidoscopia, ambas com biópsia, e biópsia de músculo e nervo. Tratado com multivitaminas e cotrimoxazol teve alta com o diagnóstico de «doença neuromuscular de causa indeterminada», «melhorado», e a indicação de ir à consulta de neurologia. Nesta consulta, após repetição de numerosos exames complementares que o doente não sabia nomear, durante mais um mês, fizeram-lhe o mesmo diagnóstico que eu fiz no primeiro minuto em que o vi, apenas pelo hálito, já notável àquela hora da manhã: polineuropatia alcoólica...! Não trazia nenhuma indicação, como tratamento para o seu alcoolismo...

Em consequência, abordamos o

século XXI com consciência da necessidade de re-humanizar a Medicina, dando o primado à pessoa, em detrimento do órgão ou da doença. Verificamos a necessidade de dar um lugar cada vez maior às doenças crônicas e maior atenção à Prevenção. Reconhecemos a exigência de conhecermos e nos preocuparmos com os custos e com o nosso papel na distribuição justa dos recursos, cada vez mais escassos. Não poderemos iludir a obrigação grave de conhecermos a prática mais actualizada e mais eficaz, para que os nossos pacientes possam dela usufruir. Somos obrigados a superar tendências individualistas e organizarmos o nosso trabalho em equipa.

A consciência destas necessidades são uma segunda influência estruturante da formação médica de base para o próximo século. Tem expressão ao nível da formação pré-graduada obrigando a dar mais atenção à pessoa como um todo biográfico, sujeito de prevenção como de tratamento, à Economia da Saúde, à Ética e à Educação Médica Contínua.

A emergência da Medicina Geral e Familiar, ou Nova Clínica Geral

Na primeira metade deste século, a Medicina que ficou fora do hospital era pobre em tecnologia e não lhe era reconhecida base científica. Era a medicina das doenças menores, das perturbações funcionais, daquilo que hoje se chamam doenças psico-somáticas, em suma, de tudo aquilo que não tinha lesão reconhecida. Chamava-se-lhe Clínica Geral, e todos os especialistas se consideravam habilitados a praticá-la. O ensino médico de base, nas Faculdades, tinha o objectivo, mais ou menos declarado, de formar clínicos gerais.

A partir de meados do século iniciou-se uma transformação lenta, mas radical.

As tecnologias emergentes da estatística e da informática tornaram possíveis enormes progressos do conhecimento das Ciências Humanas, em base científica. Psicologia, Sociologia, Antropologia, Economia e Ética, até então quase do domínio da metafísica pura, adquiriram progressivamente uma base científica cada vez mais sólida e puseram à disposição da Medicina grande quantidade de conhecimentos que tornaram possível abordar cientificamente o tratamento das perturbações sem lesão que a medicina biológica recusava. As Ciências Humanas fizeram à Clínica Geral, na segunda metade do século XX, o mesmo que a Anatomia, a Fisiologia e a Bioquímica fizeram à Medicina Interna e à Cirurgia no princípio do século: deram-lhe uma base científica.

O progresso dessas ciências tornou possível o desenvolvimento em base científica de uma nova Clínica Geral, uma especialidade, crismada de Medicina Geral e Familiar, que se dirige à pessoa, sã ou doente, na totalidade da sua biografia, inserida na família e na sociedade.

Esta especialidade surge como capaz de dar resposta a muitos dos problemas da Medicina contemporânea enumerados acima. Dá atenção à pessoa como um todo, inserido na sociedade. Preocupa-se com a Medicina Preventiva e tem oportunidade para a praticar. Dá atenção à Economia, como forma de melhorar a equidade na distribuição dos recursos e dos benefícios. Controlando o acesso à medicina hospitalar, permite diminuir os custos. Pratica-se na comunidade, fora do ambiente hospitalar, exigindo recursos moderados em tecnologia e em preço. Assume o papel de advo-

gado do paciente, defendendo os seus interesses face às complexidades da organização dos cuidados médicos.

A Medicina Geral e Familiar dirige-se a uma quase infinita variedade de problemas. Exige a quem a pratica uma igualmente infinita gama de conhecimentos que vão da Medicina biológica até à Psicologia, à Sociologia, à Antropologia, à Ética e à Economia. O especialista de MGF tem de orientar os seus pacientes em toda a variedade dos problemas de saúde e participa na prevenção e tratamento de todos eles, mas não pode conhecer todas as doenças nem dominar todas as tecnologias. A referência está no cerne do seu trabalho, devendo saber, acima de tudo, quando, como e a que especialista deve enviar o seu paciente para obter o tratamento de que necessita e que ele conhece mas, naturalmente, não sabe praticar. O especialista de MGF trabalha em equipa com todos os outros especialistas que possam ser necessários para o tratamento eficiente e eficaz dos seus pacientes.

Uma prática médica com as características da Medicina Geral e Familiar tem exigências de formação enormes e muito variadas. Muitas dessas exigências estendem as suas raízes bem fundo até ao coração da formação médica, mesmo até às Ciências Básicas. Às Ciências Básicas tradicionais será necessário acrescentar formação importante nas Ciências Humanas, como base para esta nova especialidade. Com o *curriculum* tradicional já tão sobrecarregado como ele está, é inevitável que estas adições obriguem à diminuição ou supressão de outros conhecimentos, o que não deixará de provocar aguerridas resistências. Por isso, as Faculdades têm reconhecido com lentidão as

exigências formativas desta nova especialidade, de tal modo que em toda a parte se viu a formação específica em MGF desenvolver-se primariamente fora das faculdades, no ensino pós-graduado, à responsabilidade das associações profissionais. Só agora, nesta viragem de século, estão as Faculdades de Medicina a procurar incorporar nos seus *curricula* as necessidades formativas da Medicina Geral e Familiar.

Pode dizer-se, sem grande incorrecção, que esta nova Clínica Geral nasceu do trabalho pioneiro de George Balint e começou, em 1948, com a criação do SNS inglês.

Contudo, a formação específica organizada dos Clínicos Gerais ingleses, inicialmente apenas pós-graduada, iniciou-se só nos anos '70, e só se tornou obrigatória a partir de 1981. Mas só a partir do início da década de '90 se generalizou em Inglaterra o ensino da Clínica Geral na licenciatura.

Em Inglaterra, os departamentos universitários de Clínica Geral ainda hoje são estruturas relativamente menores e pouco influentes nas escolas médicas e nos *curricula* da licenciatura. São ainda poucos os departamentos integrados com ensino, investigação e prática clínica, estando a maior parte deles restringidos às duas primeiras actividades. Mas são numerosas as vozes autorizadas que reclamam a constituição de departamentos completos, com os três objectivos, e é de esperar que esse desenvolvimento se venha a verificar, como já o foi na Holanda, na Austrália, na Nova Zelândia e nos Estados Unidos².

Existe formação específica pós-graduada em Medicina Geral e Familiar, em Portugal, desde 1986. É organizada pelo Ministério da Saúde e obrigatória para quem queira ingressar na respectiva car-

reira. Existe formação pré-graduada em todas as Faculdades portuguesas, com excepção de apenas uma, desde 1989. Mas existe ainda apenas um só Departamento universitário de Clínica Geral, no Porto, e este só em Julho de 1999 adquiriu a sua prática num Centro de Saúde, ficando apenas desde essa data equipado para trabalhar nas três vertentes necessárias.

Eis aqui uma outra influência que sem dúvida se fará sentir na formação básica em Medicina Geral e Familiar: a constituição progressiva em todas as Faculdades de departamentos completos com objectivos de ensino, pré e pós-graduado, de investigação e de cuidados médicos. Esses departamentos terão seguramente uma influência cada vez maior nos *curricula*. O tempo da licenciatura dedicado à Medicina Geral e Familiar aumentará e será ampliada a formação nas Ciências Humanas que interessam à MGF.

O desenvolvimento social

Uma outra influência se fará sentir na formação básica em MGF, como se está já a fazer sentir em todo o ensino.

Trata-se do desenvolvimento social e do estabelecimento progressivo de uma sociedade de informação.

O progresso social e a diminuição da ignorância vieram tornar as pessoas cada vez mais conscientes dos seus direitos e menos predispostas a aceitar médicos distantes, misteriosos, autoritários, inacessíveis e, muitas vezes, pouco humanos como a medicina especializada hospitalar tem tendência a produzir. A sociedade do próximo século desejará médicos próximos, acessíveis, compreensíveis, que conheçam e vivam os problemas dos seus pacientes e

os aconselhem não só na doença, mas em todos os problemas de saúde e até em outros que terão apenas a ver com a sua qualidade de vida. São necessários médicos que as pessoas conheçam e em quem possam confiar, que lhes sirvam de conselheiros e também de advogados de defesa na utilização dessa imensa complexidade dos actuais serviços de saúde, que os pacientes receiam mas, simultaneamente, desejam usufruir.

O conhecimento e a informação são agora mais acessíveis do que jamais o foram. Livros e revistas são agora acessíveis e menos caros, na sociedade ocidental. Os *media* difundem informação que antes era acessível apenas aos profissionais. A *internet* dá acesso fácil a praticamente todo o conhecimento. É hoje possível a um estudante de Medicina, ou a um paciente, conversar através da *internet* com os maiores especialistas mundiais de qualquer especialidade médica. Temos de nos preparar para que os nossos pacientes podem, com toda a facilidade, em pouco tempo de *surf* na *net*, receber mais informação, mais actualizada sobre a sua doença do que nós recebemos em toda a nossa vida. Esta evolução, muitas vezes referida como *patient empowerment* – aumento do poder dos pacientes –, está a modificar profundamente o exercício da Medicina.

A Medicina como profissão de sabedoria está a transformar-se. A superioridade dada pela posse de conhecimentos está a esbater-se e a ser substituída pela diferença na capacidade de os utilizar, isto é, no comportamento. Para a formação básica isto tem consequências de grande importância que deverão ter expressão curricular.

Mais do que conhecimentos, torna-se necessário que o médico sai-

ba como aceder rapidamente à informação mais correcta e mais actualizada e saiba como a utilizar. Atitudes e aptidões têm agora maior importância do que os conhecimentos e essa nova relação será, seguramente, uma outra influência importante sobre a formação básica dos médicos do próximo século.

Uma compreensão profunda da Sociedade e do Homem tornou-se necessária ao exercício da moderna Medicina Geral e Familiar. Conhecimentos aprofundados de Sociologia e de Antropologia passaram a ser necessários para um exercício de qualidade e, desse modo, terá de se acrescentar à formação médica de base áreas relativamente extensas dessas ciências.

O ensino/aprendizagem da Clínica Geral

A MGF aborda o século XXI como sendo a especialidade cujo desenvolvimento transformará a prática médica e permitirá resolver de forma satisfatória alguns dos problemas que a prática médica deste século criou, ou deixou sem solução.

Por isso, o seu peso no *currículo* deverá desenvolver-se progressivamente. Haverá que expandir a formação em Ciências Humanas, particularmente Psicologia, Sociologia, Antropologia, Ética e Economia. Ensinar-se-á mais sobre comunicação interpessoal, com relevo para a comunicação médico/doente. Será necessário ensinar sobre dinâmica de grupos para facilitar a comunicação entre os médicos e melhorar o funcionamento das equipas, permitindo atingir um novo paradigma de actuação em que especialistas de MGF colaborem com os especialistas hospitalares no tratamento dos seus pacientes, um paradigma que

se designa já como cuidados partilhados.

Será necessário ensinar a utilizar com eficiência todas as tecnologias da informação e a analisar criteriosamente a informação recebida, mais do que a acumular conhecimentos. Haverá que habilitar os jovens médicos a utilizar todas as imensas possibilidades da tecnologia de informação, incluindo as da tele-medicina, para lhes facilitar o acesso às outras especialidades, indispensável para melhorar a equidade na distribuição dos recursos e dos benefícios.

A Universidade do Minho projecta um novo curso de Licenciatura em Medicina em que a MGF terá um papel estruturante de todo o curso. Os estudantes terão contacto com a prática da MGF desde o primeiro até ao último ano do Curso. A sua formação incluirá nos primeiros anos áreas relativamente extensas das Ciências Humanas, que serão provavelmente ensinadas em departamentos não médicos da Universidade do Minho. Terão também formação extensa em áreas relacionadas com a relação médico/doente, e com a dinâmica de grupos e do funcionamento de equipas. Terão também formação extensa em áreas da Medicina Preventiva e da Saúde Pública. Frequentarão Centros de Saúde, urbanos e rurais, desde o primeiro até ao último ano, com períodos mais demorados nos dois últimos anos. Serão habilitados a utilizar com eficiência todas as tecnologias de informação.

A Universidade do Minho iniciou já negociações para o estabelecimento de um Centro de Saúde em que se integrem harmoniosamente objectivos de cuidados médicos, com os de ensino e investigação e espera ser bem sucedida neste objectivo.

Este movimento, iniciado já, em

Portugal, na Faculdade de Medicina do Porto, deverá generalizar-se um pouco por toda a parte. Para o desenvolvimento da investigação, para um ensino de qualidade e para a melhoria da qualidade dos cuidados médicos primários, são necessários e deverão constituir-se departamentos universitários de MGF onde se conjuguem ensino pré e pós-graduado, investigação e assistência. E essa deverá ser a transformação mais significativa que o próximo século vai trazer ao ensino básico da Medicina.

Duas últimas referências:

A primeira é a de que o futuro imperativo são os cuidados partilhados. Os Médicos especialistas de MGF e os especialistas hospitalares têm de superar as diferenças que os separam e cooperar, em posição de igual dignidade, no interesse dos pacientes e da sociedade³. E cuidados partilhados exigem partilha, ou pelo menos congruência dos objectivos dos cuidados primários e dos secundários. Implicam efectivo trabalho de equipa em ambos os lados e do conjunto. Baseiam-se na partilha de uma mesma compreensão dos problemas por todos os profissionais intervenientes. Identificação de uma mesma base de conhecimentos e acordo quanto às normas de tratamento (*guidelines*). Exige uma comunicação eficaz. Necessita de avaliação contínua dos processos e dos resultados. Implica aprendizagem permanente pela auditoria frequente das práticas. Eis o que se terá de ensinar aos futuros médicos, não só aos que se destinam à MGF, mas também a todos os que se destinam a especialistas hospitalares ou à Saúde Pública.

A segunda é a de que apesar dos

enormes progressos das tecnologias, as aptidões clínicas da colheita da história, do exame físico, da estratégia de diagnóstico e do estabelecimento de uma correcta relação médico/paciente serão cada vez mais importantes e necessárias. Em muitos casos, para chegar a um diagnóstico exacto, continuará a ser mais importante a forma como se formulam as perguntas ao colher a história clínica do que o exame apurado de um TAC ou de uma RM⁴.

A maioria das tecnologias modernas de diagnóstico dirigem-se a doenças biológicas e até hoje pouco contribuíram para o diagnóstico das doenças psicossomáticas, das perturbações funcionais, do sofrimento humano, ou para a necessidade de empatia, tranquilização ou compaixão, situações estas seguramente muito mais frequentes do que as doenças com lesão.

Apuradas aptidões clínicas serão cada vez mais necessárias para reconhecer em tempo útil a doença biológica, que poderá necessitar de grande cópia de complexas e dispendiosas tecnologias, e distingui-la daquelas outras situações, muito mais frequentes, em que o uso

dessas tecnologias não é senão puro desperdício de recursos, gerador de inequidades.

Aptidões clínicas apuradas são indispensáveis ao papel de «*gate keeper*» dos médicos especialistas de MGF. São elas que lhe permitirão decidir correcta e oportunamente a necessidade de mais exames complementares ou de referência aos cuidados secundários ou terciários, tratando atempadamente nuns casos e evitando incómodos, sofrimento e despesas inúteis noutros.

O refinamento da formação em aptidões clínicas deverá manter-se como uma outra importante influência estruturante do ensino médico. Em muitos lugares, porém, a questão será de saber se uma geração de médicos que se deixou fascinar pela tecnologia dos exames complementares de diagnóstico, menosprezando as aptidões clínicas, será capaz de as ensinar à geração seguinte.

Referências

1. Flexner. A – Medical education in the United States and Canada. Carnegie

Foundation on the Advancement of Teaching, 1910. (Reimpressão por Science and Health Publications, Whashington.)

2. Allen, J., Wilson, A., R. Fraser e D. Pereira Gray: The academic base for general practice: the case for change. Brit. Med. J., 307 (1993) 719 - 722.

3. Pritchard, P. e Hughes, J.: Shared care: The future imperative? Royal Society of Medicine Press, 1995.

4. James, T.C. – Clinical skills in the 21st Century. Arch. Internal Med., 154 (1994) 22-24.

ESSAY: BASIC TRAINING IN GENERAL/FAMILY MEDICINE IN THE 21ST CENTURY

SUMMARY

The author delves into the possible evolution of graduate teaching of general/family medicine in the foreseeable future. The issue is debated within the higher education framework. Current and predictable changes in medical practice patterns, the development and growing importance of general/family medicine, its scientific grounding, the demands from ongoing social developments, and the problems of medical education in general and of teaching general/family medicine, in particular, are all analysed. The general guidelines of the syllabus of the novel Minho University Medical School are briefly mentioned. The author finishes with the hope that teaching clinical skills may once again take up the foremost position it should have in the basic training of 21st century doctors.

Key-words:

Family Medicine; General Practice; Medical Education; Medical Practice.

Recebido em 30/06/2000
Aceite para publicação em 24/07/2000

Endereço para correspondência:

Alexandre de Sousa Pinto
Dpto. de Clínica Geral da Faculdade
de Medicina da Universidade do Porto
Telef.: 225 573 460
Fax.: 225 573 461