

UNIVERSIDADE DO MINHO  
COMISSÃO INSTALADORA

CURSOS E DEPARTAMENTOS  
NO DOMÍNIO DA MEDICINA



BRAGA  
1 9 7 6

CURSOS E DEPARTAMENTOS  
NO DOMÍNIO DA MEDICINA

UNIVERSIDADE DO MINHO  
COMISSÃO INSTALADORA

# CURSOS E DEPARTAMENTOS NO DOMÍNIO DA MEDICINA



BRAGA  
1 9 7 6

*Em Novembro de 1974, a Comissão Instaladora da Universidade do Minho aprovou um estudo elaborado por um grupo de trabalho por ela nomeado e referente à programação de um curso de Medicina cuja criação naquela Universidade havia sido proposta superiormente em relatório de Junho do mesmo ano. Tal estudo foi entregue no Ministério da Educação e Cultura em Dezembro seguinte.*

*Venha ou não a criar-se um curso de Medicina na Universidade do Minho, talvez valha a pena fazer mais tarde um relato crítico das vicissitudes por que passou o processo até à decisão final.*

*Mas o que levou a Comissão Instaladora a decidir agora a publicação deste documento foi a sua convicção de que o estudo apresentado ao Governo em Dezembro de 1974 se mantém actual e de que, conseqüentemente, o seu conhecimento poderá ser útil a todos os que têm uma palavra a dizer sobre a reformulação do ensino médico no nosso país que, como é do domínio público, se impõe com urgência.*

Abril de 1976.

A COMISSÃO INSTALADORA  
DA UNIVERSIDADE DO MINHO

# PROGRAMAÇÃO (\*)

## 1. INTRODUÇÃO

No seu Relatório de Junho último (\*\*), a Comissão Instaladora da Universidade do Minho defendeu a criação de um Curso de Medicina nesta Universidade. No seguimento de tal proposição, vem agora indicar quais, em seu parecer, os princípios basilares que devem informar a concepção do Curso e os traços mais marcantes que, em conformidade com eles, devem talhar a sua organização. **O desenvolvimento das questões agora expostas e a consideração pormenorizada dos aspectos práticos só se justificarão se as propostas a seguir apresentadas forem aprovadas** (pelo menos em princípio). **Esse desenvolvimento deverá ser efectuado por um grupo de trabalho de constituição diversificada** (quer quanto aos domínios de competência, quer quanto aos sectores sócio-profissionais e governamentais representados), **do qual deverão necessariamente fazer parte elementos do quadro docente e técnico da Universidade do Minho.**

## 2. O CURSO TRADICIONAL DE MEDICINA

A partir do termo da última guerra mundial, o aumento notável das possibilidades da Medicina no combate à doença, o desenvolvimento acelerado das ciências humanas e sociais, a democratização crescente da cultura, a consciência cada vez mais viva da

---

(\*) Este relatório tem a data de Novembro de 1974.

(\*\*) Junho de 1974.

dignidade da pessoa humana e da urgência em se construir uma sociedade ordenada pela justiça — que satisfaça os direitos fundamentais de cada ser humano, entre os quais se conta o direito à saúde — e o reconhecimento agudo da dimensão social da doença em suas causas e consequências, tiveram repercussões importantíssimas na maneira de interpretar a Medicina em seu conceito, funções e exercício, o que, naturalmente, pôs radicalmente em causa o ensino médico tradicional.

No que respeita ao Curso de Medicina, a sua concepção e realização tradicionais têm sido universalmente criticadas, por não se adequarem ao extraordinário crescimento das ciências e tecnologias biomédicas, não atenderem aos importantes progressos das ciências humanas e sociais, e não se orientarem para a satisfação das necessidades médico-sanitárias concretas e prioritárias das pessoas e das comunidades.

Conhece bem o Governo as péssimas condições em que se realiza o ensino da Medicina em Portugal. Aos males atrás apontados, de que enferma o curso tradicional em toda a parte em que persiste, juntam-se outras graves deficiências, de que se salientam o semi-amadorismo da carreira docente (por não institucionalização do regime de trabalho em tempo inteiro e, até, exclusivo) e o mau funcionamento dos hospitais centrais (em parte resultante das graves insuficiências dos outros serviços dispensadores de cuidados médicos). A plethora de alunos que submerge as Faculdades de Medicina mais não foi que o golpe final que consumou um processo irreversível de degenerescência que vinha de longe — o Curso de Medicina «atingiu a sua fase de catástrofe no significado exacto do termo» <sup>(1)</sup>.

Porém, seria erro pensar que bastaria limitar o número de alunos de acordo com a dimensão pedagógica dos serviços onde se educam, instituir autêntica profissionalização na carreira docente e hospitalar, introduzir os métodos pedagógicos adequados, conse-

<sup>(1)</sup> João Cid dos Santos — Crise na Faculdade de Medicina de Lisboa. «Diário de Notícias», 11 de Setembro de 1974.

guir que os hospitais centrais funcionem no nível que lhes compete e proporcionar aos futuros médicos qualificada preparação científica e técnica, para se estabelecer a reforma de que o Curso de Medicina urgentemente carece. O País passaria a dispor de médicos altamente competentes, sem dúvida, mas não necessariamente do tipo de médicos de que mais precisa.

**É que o valor de um Curso de Medicina mede-se pela capacidade que têm os médicos que forma de prestarem os cuidados de saúde de que necessita a sociedade a cujo serviço se destinam <sup>(2)</sup>.**

### 3. O CURSO DE MEDICINA NA UNIVERSIDADE DO MINHO

#### 3.1. Justificação

A educação médica, em todas as suas fases — básica, pós-básica e permanente (\*\*\*) — é parte integrante da política de saúde. Se é certo que o Curso de Medicina (fase básica da educação médica) é apenas a sua primeira etapa, também é verdade que ele tem importância fundamental, por ser o seu alicerce. A qualidade do Curso não é, no entanto, o único ponto a considerar; é igualmente importante que anualmente sejam formados novos médicos em número suficiente para o cumprimento integral dos objectivos da política de saúde que o País vier a adoptar. Contudo, uma forte plethora de médicos, além de outros graves inconvenientes, representaria uma sangria que não deve ser imposta a Portugal. De facto, em tal ocorrência, o aproveitamento de muitos médicos, enquanto médicos, seria fortemente limitado e até nulo.

É o número de médicos de que o País necessita, e não o número de alunos que pretendem cursar Medicina, que deve orientar a decisão sobre a criação de novos centros de ensino médico. E as medidas de emer-

<sup>(2)</sup> **Communication in Medical Education** — Regional Office for Europe, World Health Organization, Copenhagen, 1972.

(\*\*\*) Na terminologia da Organização Mundial de Saúde.

gência a adoptar para se garantir um mínimo de aprendizagem à multidão de alunos que teve acesso às Faculdades de Medicina não devem comprometer as soluções definitivas, quer quanto ao número de centros de ensino médico básico, quer quanto à sua localização.

Em relação ao número de centros de ensino médico básico, há que considerar a necessidade, hoje unanimemente aceite, de o aluno de Medicina trabalhar em tempo inteiro (isto é, viver todo o dia nos laboratórios, nas consultas externas, nas enfermarias, nos serviços de saúde da comunidade, nos anfiteatros, nas bibliotecas, nas salas de reuniões, etc.) e de a aprendizagem ser personalizada. Assim, o número anual de licenciados por cada centro só excepcionalmente poderá ultrapassar a centena, como acontece na maioria dos países com alto nível de educação médica (no Reino Unido, por exemplo, há 33 Escolas de Medicina, que admitem, no máximo, 140 alunos por ano) <sup>(3)</sup>.

Estes factos e o número de médicos de que o País vai necessitar a médio prazo <sup>(4)</sup> impõem, logicamente, a criação urgente de novos centros de ensino da Medicina.

Em relação à localização desses centros, a sua instalação exclusivamente em Lisboa e Porto oferece, à primeira vista, maiores facilidades, quer quanto a recrutamento imediato de pessoal docente — sobretudo das disciplinas clínicas e para-clínicas — quer quanto à disposição de serviços hospitalares razoavelmente aptos para o ensino. Porém, a médio prazo, tal solução apresenta inconvenientes que não podem deixar de merecer séria ponderação. De facto, além do reforço da centralização do ensino superior, vai-se estimular a

---

<sup>(3)</sup> Informação dada pelo Dr. Charles Engel, consultor para a educação médica da Organização Mundial de Saúde, no Simpósio sobre «Técnicas modernas de ensino médico» realizado na Faculdade de Medicina do Porto, em 25 de Outubro de 1974.

<sup>(4)</sup> A Comissão Médica do Conselho da Europa considera desejável, para os próximos 20 anos, a proporção de 1 médico para 450-500 habitantes, sendo metade do efectivo total constituído por clínicos gerais (A. Delachaux: De la démographie médicale à l'effectif souhaitable des étudiants de Médecine — *Médecine et Hygiène*, 32: 1007-1105, 1974).

fixação de médicos nos grandes centros, acentuando-se a sua rarefacção à periferia.

Pode-se, é certo, argumentar que com a criação de um Serviço Nacional de Saúde estará garantida a adequada distribuição de médicos por todo o território. Mesmo admitindo essa ilação (que não pode ser aceite «a priori», como o demonstrou a experiência inglesa), é precisamente considerando tal Serviço que se extraem alguns dos elementos justificativos da criação de um Curso de Medicina na Universidade do Minho.

Conforme já se acentuou no Relatório desta Comissão Instaladora, a descentralização do ensino médico situa-se numa linha de democratização, dependendo a sua localização de diversos factores, designadamente número de habitantes, meios de comunicação, vida cultural, desenvolvimento económico e tecnológico. Em relação a estes factores, a situação actual e a evolução prevista, no Minho, justificam que aqui se crie um Curso de Medicina <sup>(5)</sup> <sup>(6)</sup>.

Em contraste, o número de médicos em relação à população é, no Minho, dos mais baixos do País <sup>(7)</sup>. É indiscutível que a criação de um centro de estudos médicos na Universidade do Minho teria importância fundamental na correcção desta grave deficiência numa região que em breve atingirá 1 milhão de habitantes.

No que se refere à localização do Curso de Medicina na região do Minho, Braga surge como o local mais indicado, uma vez que:

a) dadas as características da distribuição populacional e a boa rede de transportes públicos, mais de

---

<sup>(5)</sup> Universidade do Minho — Relatório da Comissão Instaladora, Junho de 1974.

<sup>(6)</sup> Por exemplo, quanto ao número de habitantes, o recenseamento de 1970 indica que o distrito de Braga é o terceiro mais populoso do País (logo a seguir a Lisboa e Porto) e que o Minho se situa logo depois da Estremadura, Douro Litoral e Beira Litoral (esta, englobando três capitais de distrito: Aveiro, Coimbra e Leiria).

É também de notar que a criação do Parque Industrial Braga-Guimarães — em que o Governo está empenhado — levará à constituição de um poderoso polo de desenvolvimento.

<sup>(7)</sup> Universidade do Minho — Relatório da Comissão Instaladora, Anexo 2.3 — Quadro V, Junho de 1974.

85 % dos estudantes do distrito de Braga e mais de 60 % dos estudantes do Minho podem frequentar estudos em Braga sem necessidade de mudança de residência (raio de 25 km) <sup>(8)</sup>;

b) as infra-estruturas hospitalares de Braga, embora necessitando de adaptações e adições, são as que melhores condições oferecem para o tipo de ensino proposto;

c) a Universidade do Minho dispõe em Braga de um edifício que lhe foi recentemente concedido (que pertencia à ex-Legião Portuguesa) e no qual vão ser instalados diversos serviços de apoio aos estudantes da região, como é o caso de um restaurante «self-service», zonas de estudo com biblioteca anexa e de Associação Académica.

### 3.2. Finalidade e objectivos

O planeamento racional de um Curso de Medicina começa obrigatoriamente pela formulação de respostas claras às seguintes questões fundamentais:

- a) identificação das necessidades da comunidade em cuidados de saúde e sua ordenação prioritária;
- b) definição do(s) tipo(s) de formação médica mais adequados(s) à prestação desses cuidados;
- c) caracterização dos objectivos educacionais;
- d) concepção do processo educativo;
- e) definição dos meios de avaliação dos resultados obtidos.

No preâmbulo do projecto de Decreto-Lei de reestruturação do sistema hospitalar expressa-se claramente o conceito de que o elemento basilar do futuro Serviço Nacional de Saúde será o médico geral:

<sup>(8)</sup> Estudo da localização da Universidade do Minho — PRO-FABRIL — Estudo n.º 4565.

«O Serviço Nacional de Saúde **deverá assentar** na existência de uma **ampla rede de elementos periféricos não hospitalares**, dotados dos meios suficientes para soluções dos casos que não exijam recurso a instituições diferenciadas e **baseada**, no que a pessoal médico se refere, **na actuação de clínicos gerais adequadamente preparados**, amparados no seu trabalho por ligações bem definidas com os restantes componentes do sistema e **conscientes do papel fundamental que lhes compete** na solução dos problemas de saúde» <sup>(9)</sup>.

É precisamente este tipo de médico que o Curso de Medicina da Universidade do Minho terá em vista formar. De nenhum modo se trata de médicos de segunda categoria, mas sim de profissionais altamente qualificados, como ainda recentemente recomendou um grupo de peritos da Organização Mundial de Saúde:

«Quando uma escola tiver por função formar médicos destinados a dispensar cuidados primários, haverá que atender a esta formação como uma especialidade exigindo um programa específico e que dar ao médico a mesma consideração e o mesmo estatuto que aos outros especialistas» <sup>(10)</sup>.

Trata-se de uma perspectiva voltada para o futuro:

«Há dez anos ainda, a medicina geral parecia moribunda em muitos países, mas desde então a situação modificou-se consideravelmente e cada vez encontra acolhimento mais favorável a ideia de um sistema muito lato de cuidados médicos primários no qual o médico geral desempenha o principal papel» <sup>(11)</sup>.

Esta tendência verifica-se mesmo nos países mais desenvolvidos <sup>(12)</sup>.

<sup>(9)</sup> Sem sublinhados no original.

<sup>(10)</sup> La planification des programmes d'enseignement médical — *Org. Mond. Santé, Sér. Rapp. techn.*, n.º 547, 1974.

<sup>(11)</sup> L'omnipraticien et la psychiatrie — *Chronique OMS*, 28: 69-75, 1974.

<sup>(12)</sup> *New Directions in Education for Changing Health Care Systems* — Organization for Economic Co-operation and Development. Documento CERI/CD (74) 14, 1974.

Os objectivos educacionais do Curso visam proporcionar a competência que virá a ser exigida a esse tipo de médico. Trata-se de empreendimento difícil dada a grande latitude do campo de acção do médico geral moderno integrado na comunidade que serve: realização de exames clínicos e paraclínicos e de terapêuticas que não requerem hospitalização nem recurso a especialistas, triagem dos doentes que necessitem de atendimento especializado (hospitalar ou não), realização e orientação de medidas profilácticas e de vigilância e de promoção da saúde.

A determinação da competência que tem de ser possuída pelo médico que se pretende formar deve resultar da análise crítica do comportamento do médico em situações profissionais concretas, da análise das tarefas que será chamado a realizar e da análise do perfil sanitário da comunidade<sup>(13)</sup>. Só então será possível definir com precisão objectivos educacionais nos domínios cognitivo, psicomotor e do comportamento. Como esse **médico da comunidade** estará integrado numa equipa de saúde — de que farão parte, nomeadamente, médicos especialistas, enfermeiros, técnicos de laboratório e de saúde pública, psico-sociólogos, engenheiros sanitários e assistentes sociais — as aptidões para trabalhar em grupo têm que ser devidamente atendidas.

Dos objectivos educacionais finais destacam-se os seguintes:

a) capacidade de detectar problemas de saúde (individuais e colectivos);

b) capacidade de identificar as diversas implicações (biológicas, psicológicas, clínicas, familiares, profissionais, culturais, habitacionais, ecológicas, económicas, políticas, etc.) de um problema concreto de saúde;

c) capacidade de, face a um problema de saúde, conceber e aplicar as medidas mais adequadas à sua

---

<sup>(13)</sup> O perfil sanitário da comunidade inclui, além da situação sanitária, os diversos meios utilizados para dispensar os cuidados médicos e para determinar o seu valor.

solução e de avaliar a sua eficácia a curto, médio e longo prazo;

d) capacidade de estabelecer comunicação inteligível e afectuosa com os utentes de cuidados de saúde;

e) capacidade de trabalhar em grupo e de organizar e orientar uma equipa sanitária;

f) capacidade de realizar permanentemente a sua própria educação;

g) desenvolvimento do gosto pelo trabalho e pela pesquisa;

h) desenvolvimento da consciência da responsabilidade do médico na promoção do bem-estar dos indivíduos e do progresso da comunidade;

i) desenvolvimento de um alto sentido de ética profissional.

A elaboração do processo educativo nos seus diversos aspectos, a organização dos Serviços e a constituição e actuação das equipas docentes devem subordinar-se a estes objectivos finais. Por isso, a sua definição é a tarefa que prioritariamente há que realizar ao planear-se uma nova escola de Medicina<sup>(14)</sup>.

## 4. ESTRUTURA DOS CURSOS

### 4.1. Introdução

Na Universidade do Minho prevê-se a existência de malhas separadas de unidades de investigação (Departamentos) e de unidades de ensino (Cursos): pretende-se assim evitar a estrutura rígida tradicional e simultaneamente obviar a que os Departamentos tendam a transformar-se em unidades auto-suficientes em

---

<sup>(14)</sup> **Medical Schools for the Modern World** — Edited by John Z. Bowers. The Johns Hopkins Press, Baltimore and London, 1970.

relação ao ensino e à investigação, isto é, em mini-Faculdades.

Os Departamentos constituem as células básicas da investigação cujos elementos, além das suas actividades de pesquisa, contribuem para o ensino, integrando-se, de acordo com a sua especialidade, em um ou mais Cursos de entre os que são oferecidos pela Universidade do Minho. Embora num dado Curso possa haver preponderância de membros de um determinado Departamento, em cada Curso existirão sempre docentes de vários Departamentos e, possivelmente, docentes que não pertencem a nenhum Departamento (docentes de outras Universidades, de outras instituições públicas ou privadas ou exercendo uma profissão liberal). Como os problemas que afectam o ensino são basicamente diferentes dos que afectam a investigação, torna-se lógica a desagregação das suas actividades que passam a ter personalidade e, naturalmente, gestão próprias.

Para evitar hipertrofias departamentais e para racionalizar a utilização do equipamento mais dispendioso, prevê-se a instituição de unidades especiais, também com gestão própria, a que chamaremos unidades de serviço (Serviços) e cuja finalidade é fornecer infra-estruturas às restantes unidades universitárias e também ao meio exterior. Por exemplo, a Biblioteca, um Centro de Computação, um Centro de Análise Química Instrumental e um Centro de Microscopia Electrónica seriam unidades de serviço que atenderiam determinadas necessidades das unidades de investigação e de ensino da Universidade, da indústria, das autarquias locais, etc. E vice-versa, pode num ou noutro caso justificar-se que um dado Serviço não pertença à Universidade, embora esta o possa utilizar. Deste modo será possível evitar, a nível regional, duplicações de aparelhagem de elevado custo e simultaneamente aumentar sensivelmente o seu coeficiente de utilização.

A harmonização das actividades das unidades universitárias será feita por dois órgãos coordenadores e planificadores, um ligado ao ensino e outro à investigação, onde aquelas unidades estarão representadas. Estes órgãos terão, pois, uma função essencialmente

orientadora, recaindo sobre os grupos de base a maior responsabilidade de tomar iniciativas e de exercer acção inovadora. Convém notar que esses órgãos nada têm de comum com as clássicas Faculdades, unidade e conceito que não existe na estrutura planeada.

Por sua vez, a definição das grandes linhas de rumo da Universidade — no âmbito de uma programação do ensino universitário à escala nacional — assim como a aprovação dos planos de acção elaborados pelos órgãos coordenadores da Universidade competirão a um órgão do qual necessariamente deverão fazer parte, além de elementos da Universidade, individualidades representativas dos interesses da região na qual a Universidade se insere.

## 4.2. Bases curriculares

### 4.2.1. Introdução

O Curso de Medicina é um processo educativo pelo qual os alunos que nele ingressam obtêm formação que os habilita — após preparação imediata para a prática profissional — ao correcto cumprimento do papel que, enquanto médicos, lhes cabe na sociedade concreta onde irão servir.

O currículo será concebido de acordo com as normas gerais seguintes:

- a) escolaridade total repartida em ciclo pré-médico e ciclo médico;
- b) ensino coordenado e, no maior grau possível, integrado;
- c) selecção dos conhecimentos obrigatórios em função da sua real importância para a formação científica e profissional do médico geral;
- d) largo contacto com os membros da comunidade (não apenas quando estes acorrem aos serviços médicos mas também indo ao seu encontro nos ambientes em que vivem e trabalham);
- e) amplas possibilidades de estudos de opção, incluindo a iniciação à investigação científica.

#### 4.2.2. Ciclo pré-médico

O ciclo pré-médico terá os objectivos seguintes:

a) proporcionar o conhecimento das diversas expressões da vida humana numa perspectiva integrada que leve à compreensão do homem como uma totalidade em contínua interacção com o ambiente;

b) proporcionar o conhecimento dos diversos factores que influenciam o ser humano, do modo como actuam, dos efeitos que nele produzem, com o fim de se compreender o estado de saúde e o estado de doenças, os seus condicionamentos e os meios de defesa e promoção da saúde e de combate à doença;

c) proporcionar o conhecimento do valor da saúde a nível individual e colectivo, de modo a compreender-se o direito à saúde e a responsabilidade do Estado como garante da sua efectivação;

d) proporcionar a manifestação de aspirações, interesses e aptidões individuais;

e) proporcionar o desenvolvimento das capacidades de observação e de expressão;

f) proporcionar a formação do espírito científico;

g) proporcionar a iniciação à vivência profissional de modo a possibilitar o reconhecimento dos seus diversos aspectos psico-sociológicos, a avaliação crítica da importância das ciências fundamentais e do método científico na análise de problemas concretos e, ainda, a aprendizagem de técnicas de cuidados de saúde;

h) proporcionar o desenvolvimento das capacidades, comportamentos e sentido de valores referidos anteriormente (auto-educação, trabalho em grupo, gosto pelo trabalho e pesquisa, consciência da responsabilidade social e da ética profissional).

O conteúdo informativo do currículo será colhido das ciências básicas constantes do currículo tradicional e ainda da ecologia, psicologia, sociologia, higiene, epidemiologia, administração de saúde pública, economia, etc. Esta extensa enumeração de nenhum modo pressupõe uma intenção enciclopedista (aliás votada ao

malogro), mas sim visa evidenciar a ampla pluridisciplinaridade requerida para que o estudante apreenda as dimensões e as implicações dos problemas com que irá confrontar-se na vida profissional e que já lhe serão postos ao longo do Curso. Na selecção dos conhecimentos há, pois, que atender, não só à sua relevância informativa e formativa do ponto de vista médico e à oportunidade de, no ciclo seguinte, se apresentarem desenvolvimentos complementares, mas ainda ao facto de, muitas vezes, se ter sobretudo em vista rasgar perspectivas que, além do mais, mostrem como o médico tem de trabalhar em equipa com outros profissionais.

Assim entendido, o ciclo pré-médico poderá eventualmente, se tal orientação vier a ser considerada vantajosa, dar acesso a diferentes cursos profissionais de saúde, quer a nível de bacharelato (técnicos de saúde de diversos tipos), quer de licenciatura (medicina geral, estomatologia, etc.).

#### 4.2.3. Ciclo médico

O ciclo médico proporcionará a formação complementar directamente orientada para os objectivos finais do Curso. Para que estes sejam plenamente atingidos, haverá que formular os objectivos particulares. Por exemplo:

a) capacidade de realizar o exame clínico;

b) capacidade de realizar e interpretar, ou somente interpretar, certos exames paraclínicos;

c) capacidade de interpretar estados mórbidos em termos anatómo e fisiopatológicos;

d) capacidade de reconhecer\* rapidamente uma doença aguda pondo a vida em perigo e de saber actuar;

e) capacidade de detectar os primeiros sinais de uma doença que, se tratada precocemente, cura ou evolui com menos riscos;

f) capacidade de reconhecer a ocorrência de uma complicação grave no decurso da evolução de uma doença que em si mesma não o é;

g) capacidade de reconhecer e tratar as doenças mais frequentes na comunidade, de apreender os seus condicionamentos sócio-culturais e económicos e de realizar a sua prevenção;

h) capacidade de detectar perturbações mentais nas fases iniciais;

i) capacidade de distinguir, nos casos em que se associam alterações psíquicas e somáticas, se há independência ou relação (e em que sentido).

A uma introdução à medicina clínica — versando sobretudo a semiologia numa perspectiva anátomo e fisiopatológica — seguir-se-á um programa ordenado à consideração directa dos problemas da saúde e da doença de maior interesse a nível nacional e, sobretudo, loco-regional. A conveniência desta focagem resulta, não só de que se tem em vista preparar médicos gerais capazes de identificar, interpretar e solucionar os problemas com que irão defrontar-se na vida profissional, mas também de que tal preparação será fundamentalmente alcançada pelo contacto com essas situações.

Os estudos contemplarão os dois grandes domínios: Clínica (com seus apoios subsidiários) e Saúde Pública.

No que respeita à Clínica, a sua aprendizagem será altamente integrada (desaparecendo, portanto, as disciplinas de Propedêutica, Patologia e Clínica). O ensino da Cirurgia durante o Curso deve ser essencialmente complementar do da Medicina, incidindo sobretudo naquilo que o médico geral mais precisa de saber (isto é, as indicações, possibilidades e riscos do tratamento operatório). Do mesmo modo, no ensino de outras especialidades o relevo curricular deverá estar de harmonia com a sua importância para o médico geral, bastando, em muitos casos, noções sumárias e práticas simples, designadamente para atender situações de urgência. A Obstetria, a Pediatria e a Psiquiatria conservarão a sua independência. No conjunto curricular, os aspectos preventivos serão altamente valorizados.

A Saúde Pública deverá assumir alta importância na formação do médico geral, não só porque lhe abre perspectivas muito mais completas quanto aos factores que

condicionam os estados de doença, como lhe permite compreender as influências que defendem e promovem a saúde e, na esfera da sua competência, intervir junto dos indivíduos, das famílias e da comunidade.

No decurso da aprendizagem da Clínica e da Saúde Pública haverá oportunidade de desenvolver assuntos das ciências fundamentais que só nesta fase do Curso podem ser devidamente compreendidos e utilizados.

### 4.3. Meios pedagógicos

O Curso de Medicina não é um meio de os docentes ensinarem, mas sim de os estudantes aprenderem. E aprender é um acto pessoal que cada um realiza peculiarmente (quanto ao modo e quanto ao ritmo) segundo as suas capacidades, aptidões e interesses, impulsionado por motivações próprias. Em última análise, a função última da pedagogia é conseguir que cada estudante assuma com autonomia crescente a responsabilidade da sua própria formação e a realize cada vez melhor. Isto implica que no início de um período escolar o estudante deva conhecer, não só o programa das actividades, mas também os objectivos precisos (prioritários e secundários) que deve atingir ao fim de cada sessão pedagógica e no fim do período considerado. Isso não só orientará o seu esforço como lhe permitirá participar activamente na avaliação, quer da sua aprendizagem, quer da eficácia do ensino.

A preparação para o exercício de tarefas que respeitam a questões complexas e de extrema importância individual e colectiva não pode deixar de centrar-se na resolução de problemas. É este o melhor modo de estimular o interesse pelo estudo, de fomentar a reflexão pessoal, de desenvolver o espírito crítico e de modelar o raciocínio científico.

De acordo com os princípios expostos, a pedagogia terá de se adaptar às características individuais dos estudantes e aos objectivos educacionais concretos, de proporcionar auto-aprendizagem (portanto, a auto-avaliação), de ser problematizante e de facultar largas oportunidades de experiências dos tipos, e nas condições, que o médico geral terá de enfrentar.

Em Portugal — como na maioria dos países — o ensino da Clínica faz-se onde se fez sempre: nos serviços de internamento dos principais hospitais. A uti-

lização das consultas externas para o ensino é nula ou quase, quer porque não se considera importante, quer pelas péssimas condições em que elas funcionam. O doente internado constitui, praticamente, a única experiência para a formação clínica do estudante.

Esse facto tem graves inconvenientes, designadamente:

a) necessidade de elevado número de camas hospitalares para não se descer na relação «número de estudantes/número de camas» de 1 : 5 ;

b) ausência total de contacto com os doentes na fase inicial da manifestação das doenças, donde a impossibilidade de aprendizagem do diagnóstico e tratamento precoces e da triagem para atendimento especializado (e são estes os cuidados médicos que por excelência são do domínio do clínico geral);

c) não verificação das condições psico-sociológicas do diálogo do clínico geral com o doente; <sup>(15)</sup>

d) ensino centrado no órgão afectado ou no síndrome existente, em vez de perspectivado numa concepção total do doente (em que entram a sua doença, personalidade e afectividade, a sua cultura, a sua família, o seu trabalho, os seus tempos livres, as suas condições de habitação, etc.); <sup>(16)</sup>.

<sup>(15)</sup> O doente internado é já um doente «estudado». Sabe que está doente e a doença que tem. Ao interrogatório clínico do estudante responde com uma longa história já decorada ou, pelo contrário, torna-se reservado e até comete deliberadamente omissões. O estudante interessa-lhe essencialmente como confidente das suas queixas referentes a outros doentes, às enfermeiras, à alimentação, etc., e com ele conta para que sejam atendidas. Não raro a sua atitude para com o estudante é de hostilidade, por ter de emprestar o seu corpo para que ele aprenda (o que o humilha, além de, muitas vezes, o incomodar fisicamente).

O doente que pela primeira vez procura o médico apenas teme estar doente ou que a doença seja grave (ou que, por qualquer razão, o prejudique). O que fundamentalmente espera do médico é que este o tranquilize. É indispensável que o médico tenha consciência deste estado de espírito (ansiedade, susto, medo) para que consiga colher e ponderar toda a informação (para o que importa também ser capaz de comunicar com pessoas de diferentes sectores sócio-culturais).

<sup>(16)</sup> O ensino hospitalar ignora o que, numa pessoa, é verdadeiramente fundamental — a sua identidade. A tal ensino o que lhe interessa, nos doentes, é o estado mórbido em si mesmo. Daí os doentes serem identificados, não pelo que são, mas pela doença que têm («o doente da cirrose») ou até, ainda mais impessoalmente, pelo leito que ocupam («o doente da cama 13»).

e) as estatísticas de morbilidade nos serviços de internamento hospitalar de nenhum modo exprimem a incidência dos estados mórbidos na colectividade, pelo que a preparação clínica dos estudantes está desligada da realidade que terão de enfrentar <sup>(17)</sup>

f) os aspectos de saúde pública quedam-se em alguns conhecimentos teóricos, votados a total esquecimento a curto prazo;

g) desinteresse pela medicina geral (medicina comunitária) em favor de especializações.

A Organização Mundial de Saúde, nos últimos anos, tem insistido na crítica à perspectiva fechada, hospitalar, do ensino médico, e na defesa de uma concepção aberta, inserida na comunidade.

Assim, já em 1967, a OMS apresentou um relatório no qual se recomendava vivamente a utilização de serviços e meios extra-hospitalares, como policlínicas, dispensários, serviços médicos ao domicílio, centros de saúde, etc. <sup>(18)</sup>.

Na 23.ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 1970, o ensino exclusivo ou predominantemente hospitalar foi severamente criticado:

«Hoje o hospital não representa mais o local ideal para estudar os problemas sanitários: muitas vezes mesmo ele esconde do estudante as dificuldades com que deparará na prática corrente. Além disso, no hospital, a óptica demasiado individual dissimula as repercussões sociais da doença. Contudo, nas consultas externas e nos serviços de urgência o estudante pode adquirir um certo conhecimento das condições de vida e de saúde da colectividade» <sup>(19)</sup>.

<sup>(17)</sup> Basta atentar em que a maior parte dos doentes não necessitam de internamento, podendo ser diagnosticados e tratados em ambulatório ou no domicílio. Raridades que a grande maioria dos médicos nunca terão oportunidade de encontrar são relativamente frequentes nos serviços de internamento dos melhores hospitais e o seu estudo predomina muitas vezes no ensino clínico.

<sup>(18)</sup> *L'utilisation des ressources des services de santé pour l'enseignement de la médecine* — Seizième rapport du Comité OMS des experts de la Formation professionnelle et technique du Personnel médical et auxiliaire, 1967.

<sup>(19)</sup> *La formation des personnels de santé. Discussions techniques lors de la Vingt-troisième Assemblée mondiale de la Santé — Chronique OMS, 24: 486-492, 1970.*

E no mesmo ano de 1970, num seminário sobre «Métodos modernos de ensino médico», em que participaram especialistas de 28 países, reconheceu-se que «o ensino médico deveria utilizar todo o sistema comunitário de cuidados médicos, em vez de uma das suas unidades menos representativas — o hospital moderno altamente especializado» <sup>(20)</sup>.

E em 1973, entre as recomendações finais de um grupo de trabalho contava-se a seguinte:

«Todas as escolas de Medicina, e mais particularmente aquelas que sobretudo formem médicos chamados a dispensar cuidados primários, deverão proporcionar aos seus estudantes ocasião de experiências educativas num quadro que se aproxime o mais possível daquele em que serão chamados a exercer a sua actividade, por exemplo, em centros de saúde locais, centros rurais e centros de protecção materna e infantil» <sup>(21)</sup>.

Também um grupo de trabalho da OCDE, em relatório publicado este ano, perfilha o mesmo ponto de vista, afirmando que as escolas médicas

«têm realizado a maior parte do seu ensino dentro dos confins de hospitais cada vez mais especializados — muitas vezes considerando apenas as doenças mais raras e as formas de tratamento mais complexas. Aos estudantes que emergem de tal educação falta-lhes experiência apropriada de cuidados de saúde primários e, de facto, não estão preparados para responderem apropriadamente às exigências de trabalho em equipa, de prevenção e de cuidados permanentes às famílias» <sup>(22)</sup>.

O mesmo grupo reconhece que o divórcio entre o sistema de cuidados de saúde e a educação dos profissionais de saúde (médicos e outros)

— «atrasa a melhoria da prestação dos cuidados da saúde aos cidadãos;

<sup>(20)</sup> Les méthodes modernes d'enseignement médical en Europe — *Chronique OMS*, 24: 393-496, 1970.

<sup>(21)</sup> La planification des programmes d'enseignement médical — *Org. Mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, n.º 547, 1974.

<sup>(22)</sup> *New Directions in Education for Changing Health Care Systems* — Organization for Economic Co-operation and Development. Documento CERI/CD (74) 14, 1974.

— dificulta o acesso aos cuidados de saúde e reduz a sua qualidade;

— constitui um desperdício de recursos humanos e financeiros» <sup>(23)</sup>.

É nesta linha de pensamento que preconizamos a aprendizagem da Medicina Clínica e da Saúde Pública no Curso de Medicina da Universidade do Minho, pois a sua finalidade é a formação de médicos gerais.

Evidentemente que também é necessário que os estudantes trabalhem nos Serviços de internamento hospitalar, porque só assim terão oportunidade de observar situações clínicas e intervenções diagnósticas e terapêuticas que, embora não venham a ser da sua competência, é importante que conheçam (designadamente para adquirirem a noção inesquecível da importância do diagnóstico precoce, para se compenetrarem dos extraordinários recursos da medicina moderna e também das suas limitações e riscos, e para tomarem consciência dos aspectos psico-sociológicos do ambiente hospitalar e suas repercussões sobre o psiquismo dos doentes).

É da maior importância que os estudantes de Medicina tenham actividades conjuntas com estudantes de outras profissões de Saúde. Assim, uns e outros ficam melhor preparados para futuramente trabalharem em equipa.

#### 4.4. Avaliação da aprendizagem. Número de alunos

A avaliação da aprendizagem não é aqui considerada no sentido tradicional de quais os testes ou exames a que o aluno tem de ser submetido para se avaliar o seu grau de aptidão. O que se tem em vista é chamar a atenção para a necessidade de um acompanhamento regular do processo educativo de cada estudante, visando, pela oportuna descoberta de eventuais deficiências, identificar a sua natureza, determinar a sua causa, estabelecer as medidas correctivas adequadas e pô-las em execução.

Portanto, o que se pede aos meios de avaliação é uma indicação suficientemente fidedigna sobre se, e

<sup>(23)</sup> — Idem.

como, estão a ser atingidos os objectivos do ensino. Condição indispensável à validade dessa indicação é que os estudantes saibam e acreditem que estes elementos de apreciação não serão utilizados para os punir, a fim de se não induzir neles sentimentos de receio e consequentes reacções de defesa que falseariam totalmente o resultado. Aliás, face à verificação de fracassos de aprendizagem, a pesquisa das suas causas poderia levar à conclusão de que a responsabilidade cabe ao próprio ensino (inclusive aos ensinantes).

Um outro aspecto importante a referir é que a avaliação não deve limitar-se aos conhecimentos, mas deve incluir a capacidade da sua correcta aplicação e até os próprios «afectos» (curiosidade científica, sentido de responsabilidade, disciplina, pontualidade, relações com os doentes, etc.).

Os meios de verificação da aprendizagem são, pois, parte integrante do processo educativo. Eles estão, no fim de contas, ao serviço do grande objectivo do Curso: de que todos os que nele ingressem alcancem a formação (em conhecimentos, capacidades e atitudes) desejada, no tempo normal previsto.

Para se atingir o objectivo indicado torna-se necessário:

a) que se usem critérios de admissão que ponham em evidência não só os conhecimentos básicos dos alunos mas especialmente a sua capacidade de trabalho, aptidão e motivação para o curso que escolheram <sup>(24)</sup>;

b) que o número de novos alunos a admitir em cada ano seja compatível com as infra-estruturas disponíveis.

E se estes considerandos são verdadeiros para qualquer curso, no caso da Medicina eles são fundamentais, não só por se tratar de um dos cursos cujo custo por aluno é dos mais elevados, mas muito especialmente pelas funções que aos médicos cabe desempenhar.

Por estes motivos é habitual as universidades limitarem o número de alunos que em cada ano ingressam

<sup>(24)</sup> Esta tarefa deverá ficar a cargo do Departamento de Educação que a realizará utilizando os métodos científicos aconselháveis para o fim em vista.

nos seus cursos de Medicina, número esse que, para os cursos tradicionais e tal como indicado anteriormente, é idealmente da ordem de 1/10, e nunca deve ser superior a 1/5, do número de camas existentes nas instalações hospitalares anexas. Se se admitir que o tipo de curso preconizado no presente relatório permite aumentar a proporção de 1/5 para 1/4 e que as instalações hospitalares anexas, tal como considerado mais adiante, têm uma capacidade da ordem das 480 camas, conclui-se que o número máximo de novos alunos a admitir em cada ano é da ordem dos 120, o que está de acordo com o praticado pela maioria das universidades estrangeiras.

Como é evidente, este número pressupõe a existência de infra-estruturas humanas (docentes, especialistas, enfermeiros, etc.) e instalações (consultas externas, meios de diagnóstico, etc.) em quantidade e qualidade adequadas, devidamente rodadas, o que, em geral, não acontece no primeiro ano de funcionamento. Resulta, assim, que durante os dois a três primeiros anos o número anual de novos alunos a admitir poderá ser inferior aos 120 referidos.

Satisfeitas as exigências indicadas, é de prever que o ensino se processe com elevada eficiência e que, portanto, se possam atingir rendimentos globais da ordem dos 85 %.

Nestas condições, se se admitir:

a) que o Curso de Licenciatura em Medicina tem a duração de 5 anos;

b) que entre o 1.º e o 2.º anos o rendimento é da ordem dos 80 %, abandonando o Curso metade do número de alunos que não obtêm a passagem de ano;

c) que entre o 2.º e 3.º anos o rendimento é de cerca de 90 %, abandonando o Curso cerca de 40 % do número de alunos que não passam de ano;

d) que entre o 3.º e 4.º anos o rendimento é da ordem dos 95 % mas nenhum aluno abandona o Curso, enquanto que entre o 4.º e o 5.º anos o rendimento é de 100 %;

verifica-se que, atingido o estado de equilíbrio, a distribuição aproximada do número total de alunos pelos diversos anos do Curso é a indicada no Quadro I, a que corresponde um rendimento global da ordem dos 84 %.

Consideremos agora que é facilitado o ingresso na Universidade. Em tal caso, é de admitir, em primeira aproximação, que:

a) entre o 1.º e o 2.º anos o rendimento seja da ordem dos 40 % e que 50 % do número de alunos que não obteve passagem abandone o Curso;

b) entre o 2.º e o 3.º anos esses mesmos números sejam, respectivamente, 60 % e 40 %;

c) entre o 3.º e o 4.º anos as percentagens sejam 80 % e 20 %;

d) entre o 4.º e o 5.º anos o rendimento seja de 100 %.

Estas condições são do tipo das que se verificam actualmente e que originam rendimentos globais da ordem ou inferiores a 40-45 %.

Quadro I

	1.º ano	2.º ano	3.º ano	4.º ano	5.º ano	
Alunos	120	133	112	106	101	101
		14*	5*	0*	0*	0*
						101
						Médicos
	Ciclo pré-médico			Ciclo médico		
	245			308		
	N.º total de alunos = 553					

\* N.º de alunos que abandonam o Curso.

Para que, no estado de equilíbrio, se produza um mesmo número de médicos (101), com um rendimento da ordem de metade do caso anterior (42 %), torna-se necessário duplicar o número de novos alunos que entram em cada ano (240), passando a distribuição do número total de alunos pelos diversos anos do Curso a ser a indicada no Quadro II.

Quadro II

	1.º ano	2.º ano	3.º ano	4.º ano	5.º ano	
Alunos	240	343	180	128	101	101
		103*	29*	6*	0*	0*
						101
						Médicos
	Ciclo pré-médico			Ciclo médico		
	523			330		
	N.º total de alunos = 853					

\* N.º de alunos que abandonam o Curso.

Os custos de instalação por estudante de Medicina, a preços de 1972, são da ordem dos 160 contos<sup>(25)</sup>. Verifica-se assim que, para uma produção da ordem de 100 médicos por ano, a **solução correspondente ao Quadro II, para além de originar um ensino de menor qualidade, custa a mais, só na instalação inicial do ciclo pré-médico, cerca de 113 %, isto é, cerca de 45 000 contos.**

## 5. DEPARTAMENTOS DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Sendo o Curso organizado em perspectiva marcadamente integrada — embora dividido em dois ciclos<sup>(26)</sup> — a sua estrutura deve adequar-se ao ensino interdisciplinar o que, aliás, tem alto interesse na investigação científica, a qual, quanto mais se aprofunda, mais se constitui em centro de convergência de diferentes disciplinas.

Como o programa de estudos abrange três grandes sectores específicos da Medicina, eles estarão

<sup>(25)</sup> Criação de Novos Estabelecimentos de Ensino Superior — M.E.N., 1973.

<sup>(26)</sup> Recordar-se que há interpenetração das actividades dos dois ciclos: de um lado, no 1.º ciclo, o estudante terá acesso aos serviços dispensadores de cuidados de saúde e será iniciado em matérias que terão largo tratamento no 2.º ciclo; de outro lado, certos temas das ciências básicas só serão desenvolvidos no ciclo médico.

sobretudo a cargo, à partida, dos seguintes departamentos:

Departamento de Ciências Biomédicas  
Departamento de Medicina Clínica  
Departamento de Saúde Pública

Cada um destes departamentos integrará diferentes domínios, os quais podem eventualmente, em função do seu desenvolvimento, atingir o estatuto de Departamento.

Sem a pretensão de se ser exaustivo, e unicamente a título de exemplo, alguns dos domínios e seu agrupamento seriam:

#### **Departamento de Ciências Biomédicas:**

##### Ciências Morfológicas:

Anatomia Microscópica  
Anatomia Macroscópica  
Embriologia, etc.

##### Ciências Fisiológicas:

Bioquímica  
Fisiologia  
Farmacologia, etc.

#### **Departamento de Medicina Clínica:**

Medicina  
Cirurgia  
Psiquiatria  
Obstetrícia  
Pediatria  
Anatomia Patológica  
Análises Clínicas  
Radiologia, etc.

#### **Departamento de Saúde Pública:**

Medicina Preventiva  
Epidemiologia, etc.

A maioria das especialidades que habitualmente fazem parte do currículo dos cursos tradicionais de Medicina, como é, por exemplo, o caso da Dermatologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Urologia, etc., por não intervirem de modo individualizado no Curso de Medicina proposto, não foram explicitamente consideradas. Isto não significa que, com maior ou menor diferenciação, os respectivos serviços não existam, ou não venham a existir, no conjunto dos diversos estabelecimentos hospitalares da região, os quais deverão poder ser utilizados no ensino, sempre que tal se mostre necessário ou conveniente.

O ensino do ciclo pré-médico estará a cargo não só do Departamento de Ciências Biomédicas mas também dos departamentos de Ciências Exactas, de Educação, etc.

Por sua vez, o ensino do ciclo médico, embora essencialmente a cargo dos departamentos de Medicina Clínica e de Saúde Pública, também pode ter a colaboração de outros departamentos, por exemplo, o de Ciências Exactas, o de Ciências Biomédicas, ou mesmo o de Línguas Vivas, nos momentos e nas modalidades mais convenientes.

Compete ao Conselho de Curso não só definir os principais tópicos a versar em cada disciplina, de modo a assegurar um ensino integrado e coordenado, mas também tomar as medidas necessárias para que essas directrizes sejam cumpridas pelos departamentos.

Exclui-se, portanto, o tipo estrutural das Faculdades existentes, definido pelo princípio de que a cada ramo do conhecimento terá de corresponder uma «disciplina», um «professor» e um «serviço» completamente independentes.

São sobejamente conhecidas as consequências deste critério que, levando à sucessiva criação de novas disciplinas (à medida que o progresso das ciências ia dando origem a subespecializações) sem que para tal se dispusesse de instalações e meios humanos adequados, originou o desbaratamento de verbas vultosas, desintegrou o ensino e reduziu à quase inoperância múltiplas miniequipas de docentes, tantas vezes improvisadas.

## 6. DOCENTES

A «Comissão de Peritos em Formação Profissional e Técnica do Pessoal Médico e Auxiliar», da Organização Mundial de Saúde, em relatório publicado em 1966, afirma:

«Quando se quer abrir uma escola de Medicina, a primeira coisa a fazer é constituir um grupo de professores» <sup>(27)</sup>.

E, em relatório de 1974, a «Comissão de Peritos em Planificação dos Programas de Ensino Médico», da mesma Organização, reconhece:

«Numa nova escola de Medicina, o recrutamento dos docentes só deverá ser feito após definição dos objectivos da escola, que servirão de base à selecção» <sup>(28)</sup>.

Estas recomendações imperativas devem ser rigorosamente atendidas ao criar-se o curso de Medicina na Universidade do Minho.

Se a adesão activa aos objectivos educacionais do Curso e as qualificações científica e profissional são as exigências indispensáveis a satisfazer pelos docentes que tiverem a seu cargo as maiores responsabilidades no ensino, não pode subestimar-se a importância da sua competência pedagógica <sup>(29)</sup> pois aqueles que ignoram e desprezam os princípios, métodos e técnicas de educação, não só privam os seus alunos de muito melhor aprendizagem como ainda opõem tremenda resistência a qualquer inovação que afecte o seu ensino <sup>(30)</sup>.

A maior dificuldade com que depara um novo curso de Medicina é, sem dúvida, a formação de um corpo docente capaz de assegurar a sua plena e qualificada actividade nos aspectos interligados de ensino, prestação de cuidados médico-sanitários e investigação.

<sup>(27)</sup> Formation et preparation du personnel enseignant des écoles de médecine, compte tenu en particulier des besoins des pays en voie de développement — *Org. Mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, n.º 337, 1966.

<sup>(28)</sup> La planification des programmes d'enseignement médical — *Org. Mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, n.º 547, 1974.

<sup>(29)</sup> The training of medical teachers in pedagogy — Regional Office for Europe, World Health Organization, Copenhagen, 1972.

<sup>(30)</sup> Na resolução deste problema desempenhará papel fundamental o Departamento de Educação da Universidade do Minho.

E se, para se dar início ao curso de Medicina, não é imperioso que o quadro de docentes esteja completo, é contudo indispensável evitar que, por falta de docentes, o Curso, uma vez iniciado, só possa prosseguir com prejuízo da sua qualidade. Constituir o grupo de arranque e preparar os que irão ser necessários em fases posteriores, é tarefa a empreender imediatamente.

Sendo este, indiscutivelmente, o grande problema, é grato verificar que ainda antes da partida a situação já é muito satisfatória.

De facto, a Reitoria da Universidade do Minho foi já contactada por 25 candidatos interessados em exercer funções docentes no Curso de Medicina, tal como indicado no Quadro III.

Quadro III

Categoria	Ciclo pré-médico	Ciclo médico
Professores	2	4
Assistentes a doutorar no prazo de 1 ano	1	3
Assistentes doutoráveis	—	11
Médicos especialistas	—	4
Total	3	22

Caso não se verifiquem delongas que levem muitos destes candidatos a desistir da sua opção, existe já, pois, um núcleo de docentes suficiente para que rapidamente se iniciem os trabalhos de planeamento do Curso.

Outras vias de recrutamento de pessoal docente, que não provoquem a rarefacção do existente nas Faculdades de Medicina do País, só serão utilizáveis quando for aprovada a criação do Curso. É o caso da procura de médicos portugueses altamente qualificados residentes no estrangeiro e a publicação de anúncios destinados a permitir a selecção de médicos recentemente formados, com classificações elevadas, que a curto prazo iniciariam estágios com vista à sua preparação para o ensino e a investigação.

Por outro lado, deverá ser possível obter a colaboração no ensino de médicos qualificados das carreiras hospitalar e de saúde pública.

Como foi referido, o ensino da Clínica será sobretudo efectuado em doentes em ambulatório e, até, no domicílio. Para tal, serão utilizadas não só consultas externas hospitalares mas também centros de saúde e outros serviços de medicina comunitária. No que respeita às consultas externas — que serão predominantemente utilizadas — o número de médicos necessários para assegurar a aprendizagem do número de alunos previsto é da ordem de algumas dezenas.

No que se refere ao ensino da Clínica, este não se confina necessariamente a determinado hospital, pois pode englobar diversos estabelecimentos da região, como é o caso dos hospitais de Guimarães, Vila Nova de Famalicão, Barcelos, etc. (particularmente no que se refere à utilização de Serviços que tenham atingido particular diferenciação) e de centros não hospitalares, incluindo os que dispensam cuidados ao domicílio.

Contudo, um hospital estaria mais vinculado ao ensino, e com ele todos os outros centros manteriam ligações funcionais. Pelas razões já expostas, o ensino de Clínica será em grande parte realizado nas Consultas Externas e no Serviço de Urgência, com o apoio dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico.

É natural que no planeamento do Serviço Nacional de Saúde venha a atribuir-se ao Minho um Hospital Central, destinado a servir uma região que, no fim da presente década, deverá atingir 1 milhão de habitantes, e que virá a constituir o pólo principal do ensino médico da região.

Entretanto, até essa altura, poderá utilizar-se o actual Hospital de Braga (S. Marcos), como hospital especialmente ligado ao ensino, o qual dispõe de 420 camas, estando em vias de entrar em funcionamento um Centro de Recuperação com 120 camas. Atendendo a que muitas das camas pertencem a Serviços pouco relevantes para o tipo de ensino preconizado, resulta que, depois de efectuado um certo número de adaptações absolutamente necessárias, o número máximo de camas a considerar efectivamente para o ensino não será nunca superior a 480.

Para além das adaptações indicadas, as principais deficiências dizem respeito ao funcionamento das uni-

dades de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e de Consultas Externas.

Para resolver estes problemas poderia considerar-se a construção de pavilhões no espaço circundante do Hospital de S. Marcos, uma vez que é possível dispor nessa zona de cerca de 15 000 m<sup>2</sup>, de acordo com a planta anexa.

## 7. INSTALAÇÕES

As instalações das Ciências Biomédicas podem funcionar num mesmo edifício, ou em edifícios (por exemplo, tipo pavilhão) bastante próximos, pois dos pontos de vista de investigação e de ensino os domínios destas ciências estão fortemente interligados. O ensino experimental será predominantemente ministrado em laboratórios multidisciplinares, cujas vantagens têm hoje aceitação geral.

A sua localização, na medida do possível, deverá situar-se na proximidade da Unidade Clínica.

Partindo da hipótese de que o número de alunos é o indicado no Quadro I, resulta que as instalações destinadas ao ensino pré-médico têm de ser programadas para 250 alunos, o que representa, a 163 contos por aluno, um investimento da ordem dos 40 000 contos, dos quais cerca de 8500 destinados a mobiliário e equipamento <sup>(31)</sup>.

Como a área coberta por aluno é da ordem de 12 m<sup>2</sup>, acrescida de 4 m<sup>2</sup> para serviços comuns, resulta uma área coberta total de 4000 m<sup>2</sup>. De acordo com a referência citada, o custo unitário de construção é de 8000 escudos por m<sup>2</sup>. Pensa-se que a verba destinada a mobiliário e equipamento é nitidamente insuficiente. Por outro lado, é possível reduzir os custos da construção, usando soluções mais económicas (ex.: edifícios adjudicados em 1972/73 para o Campo Universitário da Universidade de Lourenço Marques). Nestas condições, para preços de 1972 e mantendo o custo global, admite-se que o custo dos edifícios será da ordem dos 24 000 contos (6000 escudos por m<sup>2</sup>), reservando-se 16 000 contos para mobiliário e equipamento. Estes números são meras estimativas grosseiras baseadas em

<sup>(31)</sup> «Criação de Novos Estabelecimentos de Ensino Superior», M.E.N., 1973.

preços de custo de 1972. Só em fase posterior se tornará possível um cálculo mais rigoroso.

Pensa-se que uma programação cuidada, que só poderá ser feita em estágio mais avançado dos estudos,



permitirá que um ano depois de começadas as construções destinadas às Ciências Biomédicas se possa iniciar o ensino, o que possibilitará escalonar os investimentos de acordo com o esquema indicado no Quadro IV.

Como é evidente, é impossível prever com exactidão, nesta fase de estudos, quais os custos envolvidos nas construções e adaptações indicadas.

Porém, como mera ordem de grandeza e unicamente com o objectivo de pôr em evidência a economia em investimentos que representa o Curso de Medicina proposto para a Universidade do Minho, por comparação com os cursos tradicionais, apresenta-se de seguida um conjunto de estimativas:

	Contos
a) Instalações a construir na vizinhança do Hospital de S. Marcos:	
a.1) Edifícios e Equipamento Fixo:	
Unidades de Serviços Auxiliares de Diagnóstico . . . . .	10 000
Unidades para Consulta Externa . . . . .	10 000
a.2) Mobiliário e Equipamento . . . . .	25 000
b) Adaptações no Hospital de S. Marcos:	
b.2) Mobiliário e Equipamento . . . . .	35 000
b.1) Obras diversas . . . . .	20 000
<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>100 000</b>

Atendendo a que: o ensino do ano X do Curso só se inicia (X-1) anos depois de o Curso arrancar; que durante os dois primeiros anos o número de alunos de cada ano X é bastante reduzido; que se usarão métodos de construção do tipo expansão contínua, pode admitir-se:

a) que a construção das unidades de Serviços Auxiliares de Diagnóstico comece 18 meses antes do início do 3.º ano do Curso e que a sua construção dure cerca de 3 anos e meio;

b) que a construção das unidades destinadas à Consulta Externa comece um ano antes do início do 3.º ano do Curso, e que a sua construção total dure cerca de 4 anos;

Q U A D R O I V									
DESIGNAÇÃO DOS INVESTIMENTOS	PERÍODO DE EXECUÇÃO - ANOS								TOTALS
	(-1)	(0)	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)	(+6)	
ARRANQUE DOS VÁRIOS ANOS DO CURSO DE MEDICINA			1 <sup>o</sup> ANO	2 <sup>o</sup> ANO	3 <sup>o</sup> ANO	4 <sup>o</sup> ANO	5 <sup>o</sup> ANO		
ESTUDOS E PROJECTOS	1	1	1						10
CIÊNCIAS BIOMÉDICAS									
CONSTRUÇÃO e EQUIPAMENTO FIXO		1	1	1					24
MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTO			1	1	1				16
INST. PRÓX. DO HOSPITAL DE S. MARCOS									
CONSTRUÇÃO E EQUIPAMENTO FIXO									
UNIDADES DE SERV. AUX. DE DIAGNÓSTICO			1	1	1	1			10
UNIDADES PARA CONSULTA EXTERNA				1	1	1	1		10
EQUIPAMENTO				1	1	1	1	1	25
HOSPITAL DE S. MARCOS									
OBRAS DE ADAPTAÇÃO					1	1	1	1	20
EQUIPAMENTO				1	1	1	1	1	35
TOTALS milhares de contos	3	20	25	25	24	20	18	15	150

c) que a aquisição do equipamento para as unidades a) e b) se inicie 6 meses antes do início do 3.º ano e se prolongue por 4 anos;

d) que as obras de adaptação do Hospital de S. Marcos demorem 4 anos e se iniciem na altura em que começa o 3.º ano do Curso;

e) que a aquisição do equipamento para o Hospital de S. Marcos se inicie 6 meses antes do início do 3.º ano do Curso e se prolongue por 4 anos e meio.

Se atendermos agora aos encargos de estudos e projectos, o escalonamento dos investimentos, em milhares de contos, será o previsto no Quadro IV. Este quadro mostra ainda que o intervalo de tempo mínimo que medeia entre a aprovação formal do Curso e o seu arranque é de dois anos.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório tem como principais objectivos:

a) documentar a necessidade da criação de um curso de Medicina na Universidade do Minho (localizado em Braga);

b) indicar quais deverão ser os objectivos desse Curso, tendo em atenção não só a evolução da Medicina mas também a necessidade de se criar em Portugal um eficiente Serviço Nacional de Saúde;

c) apresentar em linhas gerais como deverá ser estruturado o Curso assim como quais os departamentos específicos necessários para assegurar o seu funcionamento, de modo a permitir a produção anual de cerca de 100 médicos de Medicina Geral;

d) mostrar a viabilidade desse Curso no que se refere à existência de infra-estruturas iniciais (humanas, hospitalares, etc.);

e) calcular a ordem de grandeza do investimento necessário e o seu escalonamento no tempo (cerca de 150 mil contos a investir ao longo de 8 anos);

f) prever o intervalo de tempo mínimo necessário para efectuar o arranque do Curso, a partir do instante em que as propostas agora apresentadas forem aprovadas (cerca de dois anos).

Dos objectivos enunciados conclui-se imediatamente que o presente relatório não é mais do que um estudo preliminar.

Para que a programação indicada possa ser cumprida torna-se fundamental que, imediatamente após a aprovação das propostas apresentadas, seja formada uma comissão cujo objectivo, em colaboração com uma empresa projectista, será o de elaborar em curto prazo de tempo um pormenorizado plano de acção.

Dessa comissão, para além de um presidente com funções coordenadoras e do director dos Serviços Técnicos da Universidade, deverão fazer parte, pelo menos, os seguintes elementos:

- 1 Professor do domínio das Ciências Biomédicas
- 1 Professor do domínio da Medicina
- 1 Professor do domínio da Cirurgia
- 1 Professor de Saúde Pública
- 1 Técnico de Administração Hospitalar
- 1 Enfermeiro com a categoria mínima de enfermeiro chefe
- 1 Representante da Secretaria de Estado da Saúde
- 1 Representante da Direcção Clínica do Hospital de S. Marcos
- 1 Representante dos médicos do Minho.

Considera-se de grande importância que, com excepção dos três últimos, os elementos da comissão pertençam ou venham a pertencer a curto prazo ao quadro de pessoal da Universidade do Minho. Só assim se poderá obter a eficiência necessária e, conseqüentemente, cumprir os objectivos e prazos indicados.

Para além das inúmeras tarefas de programação e organização que competirão aos membros da comissão, considera-se fundamental que eles iniciem, tanto quanto

possível simultaneamente, as suas funções profissionais nas instalações desde já previstas para o ensino. No caso do professor do domínio das Ciências Biomédicas, por ser o único para o qual não se dispõe inicialmente de meios para o exercício das suas funções profissionais, considera-se vantajoso que, em regime a combinar, possa colaborar no ensino ministrado na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

De modo a poder considerar-se o início do curso de Medicina da Universidade do Minho no ano lectivo 1976/77, é imprescindível a aprovação do referido Curso num prazo de tempo que não poderá exceder quatro a seis semanas.

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO . . . . .	7
2. O CURSO TRADICIONAL DE MEDICINA . . . . .	7
3. O CURSO DE MEDICINA NA UNIVERSIDADE DO MINHO . . . . .	9
3.1. <b>Justificação</b> . . . . .	9
3.2. <b>Finalidade e objectivos</b> . . . . .	12
4. ESTRUTURA DOS CURSOS . . . . .	15
4.1. <b>Introdução</b> . . . . .	15
4.2. <b>Bases curriculares</b> . . . . .	17
4.2.1. <b>Introdução</b> . . . . .	17
4.2.2. <b>Ciclo pré-médico</b> . . . . .	18
4.2.3. <b>Ciclo médico</b> . . . . .	19
4.3. <b>Meios pedagógicos</b> . . . . .	21
4.4. <b>Avaliação da aprendizagem. Número de alunos</b> . . . . .	25
5. DEPARTAMENTOS DE CIÊNCIAS MÉDICAS . . . . .	29
6. DOCENTES . . . . .	32
7. INSTALAÇÕES . . . . .	35
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS . . . . .	39

# ÍNDICE

1	1. INTRODUÇÃO	1
2	2. O CURSO TRADICIONAL DE MEDICINA	2
3	3. O CURSO DE MEDICINA NA UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO	3
4	4.1. Iniciação	4
5	4.2. Faculdade e especialidade	5
6	4.3. Estrutura dos cursos	6
7	4.4. Iniciação	7
8	4.5. Fase curricular	8
9	4.6. Iniciação	9
10	4.7. Ciclo pré-médico	10
11	4.8. Ciclo médico	11
12	4.9. Meio pedagógico	12
13	4.10. Análise de variação de conteúdo de ensino	13
14	5. DEPARTAMENTOS DE CURSOS MÉDICOS	14
15	6. DOCENTES	15
16	7. INSTALAÇÕES	16
17	8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	17