

Desafios à Educação Médica contemporânea:

uma conversa com Thomas Maack

Challenges for contemporary medical education: a dialogue with Thomas Maack

Desafío de la educación médica contemporánea: una conversación con Thomas Mack

Eliana Goldfarb Cyrino¹
Antonio Pithon Cyrino²

25 de maio de 2010: Primeiro dia do 7º Congresso Paulista de Educação Médica, com sede na Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), em São Paulo. A abertura oficial do Congresso a cargo do professor Thomas Maack, da *Weill Cornell Medical College*, trata do tema: "Integração Vertical do Currículo Médico".



O Prof. Thomaz nos concedeu esta entrevista numa fria tarde paulistana, pouco antes de sua conferência, expressando muita calma e a transformando numa conversa gostosa, carregada da sabedoria de quem já viveu quase cinquenta anos de experiência de ensino médico. Curiosamente, sua vida profissional, como professor, teve início na Faculdade de Medicina da USP, de onde foi retirado pelas forças repressivas nas primeiras semanas que sucederam ao golpe militar de 1964 e encarcerado por seis meses. Em 1991 publicou texto

na Revista da USP (Maack, 1991), relatando o triste contexto político-institucional em que se deu sua prisão e de outros professores da FMUSP no início da ditadura militar contribuindo, assim, com a construção de nossa memória coletiva.

¹ Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Unesp. Distrito de Rubião Jr, s/n. Botucatu, SP, Brasil. 18.618-000. ecyrino@fmb.unesp.br

² Departamento de Saúde Pública, FMB/Unesp.

Thomas Maack iniciou sua vida profissional como professor da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, em 1962. Na manhã de 8 de junho de 1964 foi levado do laboratório de Fisiologia por agentes do Departamento da Ordem Pública e Social (Dops) e militares à paisana. Permaneceu preso por seis meses em navio atracado no porto de Santos. Durante o tempo em que esteve nessa embarcação cuidou dos presos que adoeciam. Três dias após receber um *habeas corpus*, nova prisão preventiva foi decretada. Aos 29 anos, viu-se obrigado a deixar o país, com a mulher, professora Isa Tavares Maack, e a filha Marisa, de 18 meses. Já nos Estados Unidos, lecionou na Universidade Estadual de Siracusa (Nova York), de 1965 a 1969, quando foi contratado como professor da Escola Médica da Universidade de Cornell, também em Nova York. Anos mais tarde tornou-se titular dos departamentos de Fisiologia e de Medicina. Nos Estados Unidos teve mais uma filha, Márcia. Dedicou seu trabalho à pesquisa e à formação médica. Nos últimos trinta anos desenvolve pesquisa pioneira sobre fator natriurético atrial, hormônio produzido pelo coração que regula a excreção de sal do organismo e a pressão arterial. Publicou mais de cem artigos em revistas científicas, além de capítulos de livros. Desde 1979 tem atuado como professor visitante em diversas universidades públicas brasileiras. Foi consultor da Capes em 1999 e 2001. De 1998 a 2001 apoiou e assessorou reformas curriculares em cursos de Medicina no Brasil, como o da Universidade Estadual de Campinas (Melo, 2003).

Eliana: Fale um pouco da sua trajetória profissional e sua experiência com a educação médica.

Prof. Thomas: Eu nasci na Alemanha em 1935 e meus pais, refugiados do regime nazista, emigraram para o Brasil. Saí da Alemanha com alguns meses de vida, com destino ao Brasil. De maneira que eu, que, aliás, nem falo alemão e nem tenho uma relação muito profunda com a Alemanha, cresci aqui, no Brasil, fiz toda a minha educação aqui e me formei em medicina pela Faculdade de Medicina da USP, em 1961. Eu gostava muito de praticar a medicina, mas eu gostava mais ainda de fazer pesquisa em ciência. Então, sempre tive um conflito, por assim dizer, profissional, e me decidi pela ciência, numa cadeira básica na FMUSP, inicialmente em Histologia, por um ano, e depois em Fisiologia.

Em 1964, com o golpe de Estado, fui demitido, juntamente com outros seis docentes da faculdade, por um decreto do então governador Ademar de Barros. Fiquei preso por uns seis meses, a maior parte deles em um navio ancorado em Santos, chamado Raul Soares. Fui liberado com um *habeas corpus* do Supremo Tribunal Civil, o último caso de *habeas corpus* julgado, antes do Tribunal ser fechado pelos militares.

Tive uma nova prisão preventiva decretada e tivemos de sair do país. A idéia inicial era ir para o Canadá, pois eu não queria voltar para a Europa, de onde os meus pais saíram refugiados, e também não queria ir para outro país da América Latina porque suspeitava que pudesse ocorrer o mesmo que se deu no Brasil, o que de fato aconteceu. Então, com a minha esposa e a minha filhinha, à época com um ano e meio, resolvemos ir para o Canadá. Mas para ir para o Canadá, nós saímos pelo Paraguai, fomos retirados pelo Paraguai. Precisávamos de um visto americano, então nós paramos em Nova York, e aí decidi deixar a minha esposa e minha filha com uma tia que eu tinha em Siracusa e procurar emprego no Canadá. Em Siracusa me ofereceram um emprego de pós-doutorando no Departamento de Fisiologia da Faculdade de Medicina. Consegui esse emprego em uma semana, graças à recomendação do

Professor Michel Rabinovitch e de meus dois trabalhos publicados no Brasil quando ainda estudante de medicina, sob a orientação daquele magnífico professor e cientista. E essa foi a razão de ficarmos nos Estados Unidos.

Então, eu fiz toda a minha carreira, por assim dizer profissional, exceto por três anos na FMUSP, nos Estados Unidos. Em 1969, fui recrutado pela Cornell, onde progredi de professor assistente a professor titular nos Departamentos de Fisiologia e Biofísica e Medicina. Este ano, 2010, faço 41 anos na Cornell. A minha dedicação fundamental foi pela ciência e pelo ensino médico. Tenho mais de cem artigos publicados, com mais de sete mil citações. O meu campo é a endocrinologia cardiovascular e renal.

Eu sempre gostei muito de ensino, do ensino médico. Em 1995, fui convidado pelo diretor da Faculdade de Medicina, na Cornell, para ser um dos organizadores da reforma educacional. Essa reforma consistia essencialmente em abolir o ensino por departamentos, criar cursos de ciências básicas integrados horizontalmente, introduzir alguns métodos, como o aprendizado baseado em problemas, mas não como uma forma exclusiva de ensino, e introduzir cadeiras clínicas nos primeiros anos e cadeiras básicas avançadas nos últimos anos da graduação médica. Essa foi essencialmente a base da reforma na Cornell. Eu organizei o primeiro piloto dessa reforma curricular, um curso que chamamos de Estrutura e Função do Corpo Humano, que integra as disciplinas de anatomia, radiologia, histologia, embriologia e fisiologia. Trabalha-se com todos os órgãos, exceto o sistema nervoso, que é lecionado em um curso independente, chamado Cérebro e Mente. Esse curso piloto de três semanas teve muito sucesso e o instituímos de forma permanente em 1997. Foi quando o diretor da escola me pediu para ser o chefe do comitê, que supervisiona todas as cadeiras básicas, na Cornell. Esta é, essencialmente, a minha carreira no ensino médico.

Eu também dirigi outro curso de ciências básicas, que se chama Base da Doença, um curso integrado de fisiopatologia, patologia, farmacologia e os sistemas, todos os sistemas, de novo excluindo o sistema nervoso, que é lecionado separadamente.

Em 1979, depois de quinze anos fora do Brasil, eu pude voltar para cá pela lei da anistia. E aí nós tentamos, com mais uma filha, voltar permanentemente para o Brasil. Foi realmente difícil... Eu fiquei um ano no Brasil... Realmente eu teria que recomeçar a minha carreira, porque não fiz nada do que é habitual no Brasil. Eu não tinha um doutoramento. Toda a minha carreira nos Estados Unidos foi feita com o meu grau de médico. Eu não tinha feito doutorado aqui. Acabei fazendo, em 1980, o doutorado na Escola Paulista, quando fiquei, por um ano, na divisão de nefrologia. O mesmo ocorreu com a minha esposa, que fez uma carreira acadêmica de historiadora nos Estados Unidos. Foi então que nós resolvemos voltar de uma forma, por assim dizer, permanente, para os Estados Unidos.

Eu só queria adicionar que, durante a minha carreira fora do Brasil, uma forma de colaborar com o Brasil foi formando brasileiros em meu laboratório. Mais de dez pesquisadores brasileiros se formaram em meu laboratório e exceto dois deles, todos os demais voltaram para o Brasil, onde construíram carreiras acadêmicas importantes.

Eliana: Então, eu queria que nos contasse um pouco sobre o relatório Flexner e depois sobre o relatório "Flexner 2". Como vê esta história dos relatórios?

Prof. Thomas: São cem anos do relatório inicial de Flexner, de 1910. Não dá para contar cem anos de história, mas dá para dar um esboço, levantar algumas questões que vou apresentar na conferência hoje.

Em 1910, nos Estados Unidos, havia cerca de 166 escolas médicas, com nome de escola médica. Grande parte eram escolas médicas privadas com fins lucrativos, poucas eram ligadas a uma universidade. O aprendizado de medicina era essencialmente, o que o Flexner chamava de "aprendizado por tradição médica". O estudante era realmente um aprendiz, aprendiz de médicos que se consideravam bem sucedidos na época. Não tinha padronização nenhuma, não havia uma cultura universitária no ensino médico e as escolas não eram acreditadas por órgão governamental ou privado. Se um grupo de médicos desejasse ter uma escola médica, se reuniam e criavam a escola. Assim era essencialmente a grande parte das escolas médicas, com algumas poucas exceções.

Então, a *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* (Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino) pediu ao Flexner, que não era médico, era um educador, para fazer um estudo sobre a educação médica americana. E o que ele fez?

Flexner usou como modelo fundamental, para as suas recomendações a educação médica que era praticada na Faculdade de Medicina da Johns Hopkins University. Ele fez um grupo de propostas extremamente concretas que são a nossa herança da educação médica nos Estados Unidos e em grande parte no Brasil.

Por exemplo, para resolver o problema da falta de padronização do ensino médico, na época, ele propôs criar um currículo profissional de 2+2: dois anos de ciências básicas e mais dois anos de ciências clínicas. Para o problema da heterogeneidade da educação médica americana recomendou que todas as escolas médicas fossem acreditadas por entidades de classe. Em relação à falta de base científica da educação médica, em uma época em que a prática médica já possuía base científica, ele recomendou que todas as escolas fossem ligadas a universidades, que seguissem a tradição universitária. Uma frase de seu relatório que eu considero lapidar é “*que médicos têm que aprender a pensar como cientistas*”.

Essa foi a reforma proposta por Flexner, em 1910, que teve uma aplicação quase que imediata. Em dez anos, todas as escolas médicas privadas e com fins lucrativos ou desapareceram ou se transformaram em escolas médicas sem fins lucrativos ligadas as universidades. O número de escolas médicas diminuiu em um terço. Instituiu-se um processo de acreditação para todas elas por uma entidade que era uma combinação da sociedade médica americana com a associação das escolas médicas dos Estados Unidos, que corresponde à ABEM no Brasil. Esse processo de acreditação se repetia para cada escola a cada sete anos e persiste assim até hoje.

E, como eu disse, desapareceu uma grande quantidade de escolas médicas. Hoje nós temos cerca de 120 escolas, com quase o triplo da população, talvez, mais do que o triplo da população. Havia 166 escolas em 1910, hoje nós temos só 120 escolas médicas. Bem, isso foi há cem anos. O que esses anos trouxeram foram essencialmente duas mudanças fundamentais, na minha opinião e na opinião de muitos: uma é a expansão vertiginosa do conhecimento de ciências biomédicas, principalmente nos últimos cinquenta anos, o que estabeleceu definitivamente as bases científicas da medicina; a outra é a conscientização de que o atendimento médico é um direito humano, um direito do cidadão, com um enorme aumento da demanda por essa assistência.

A combinação desses dois aspectos trouxe para a educação médica uma nova crise, o que levou a mesma entidade (*Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*) que patrocinou em 1910 o estudo de Flexner, a patrocinar um novo estudo para a educação médica dos Estados Unidos. O relatório completo do estudo ainda não foi publicado, mas seus autores publicaram um resumo e suas conclusões no *Academic Medicine*³. Nós denominamos esse novo estudo, eufemisticamente, de Flexner 2.

O mais marcante do “Flexner 2”, que nos surpreende e que o diferencia do Flexner original, é o quão vagas são as propostas deste estudo atual. O reconhecimento dos problemas é o que todos nós já sabemos.

Quer dizer: falta acompanhamento dos estudantes; o estudante não aprende medicina onde deveria praticar; ele não tem uma forma de progredir no estudo médico de acordo com as suas habilidades; não existe individualização e não há uma integração com o papel não médico do médico; ele também não aprende a trabalhar em equipe e a permanentemente acompanhar os progressos da medicina. Essencialmente os problemas são mais ou menos reconhecidos por todos.

Ao contrário de Flexner, em 1910, que tinha um modelo concreto como base de sua proposta, os autores do “Flexner 2” não têm um modelo em que se

³ Irby, D.M.; Cooke, M.; O'Brien, B. Calls for reform of medical education by The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: 1910 and 2010. *Acad Med.*, v.85, n.2, p.220-7, 2010.

basear. Daí suas recomendações serem tão vagas. Flexner não era médico, era diretor de escola secundária, mas ele tinha um modelo, o ensino médico da *Johns Hopkins University*. O grupo atual do Flexner 2 não tem um modelo. Que eu saiba, não existe faculdade no mundo que tenha resolvido concretamente, de forma genérica, a educação médica atual.

Por exemplo, "Flexner 2" recomenda integrar as ciências básicas, clínicas e sociais. Mas como é que se faz isso? Não tem um exemplo. Tem exemplos parciais pequenos aqui e ali, com algum sucesso. Em geral, por exemplo, o problema de integração que eu conheço mais, é o problema de integração de ciências básicas e clínicas. Para isso, a recomendação do "Flexner 2", é fazer uma imersão clínica nos primeiros anos da faculdade e ter atividades de ciências básicas nos anos clínicos. Isso é uma transposição de currículo, não uma integração de ciências básicas e clínicas propriamente dita.

Nós da Cornell, por exemplo, temos uma experiência bastante grande com esse tipo de transposição. Há quinze anos nós temos cursos de prática médica, nos primeiros anos, e cursos de ciências básicas avançadas nos últimos anos. Eles têm diversos objetivos e alguns deles são alcançados, mas na realidade são atividades praticamente independentes.

A herança Flexneriana do 2+2 não acaba simplesmente fazendo uma transposição de atividades. Uma integração real é a minimização conceitual e, ao mesmo tempo, permite a percepção de que as ciências básicas e as clínicas são parte de uma mesma moeda. E isso até agora não foi conseguido. Há exemplos parciais de integração real entre ciências básicas e clínicas. Um deles é o nosso curso "Cérebro e Mente", que integra a anatomia e fisiologia do sistema nervoso com a neurologia clínica, a psiquiatria, o diagnóstico neurológico e a entrevista psiquiátrica num curso único. É um curso que corre por onze semanas, por vinte horas semanais. É o único curso daquele período e o primeiro curso do segundo ano. Não é uma integração perfeita, mas é uma indicação do caminho a seguir na integração das disciplinas de neurociências, neurologia e psiquiatria.

Existem problemas logísticos enormes para se fazer isso no currículo como um todo, de uma forma genérica. E, nos Estados Unidos, pelo menos, isso é agravado por que o curso médico é curto demais, são só quatro anos de graduação. E, o último ano, em grande parte, é dedicado à competição por residência. Os estudantes vão ser entrevistados por todos os lados do país e estão preocupados com a residência, não estão mais preocupados, por assim dizer, com a educação médica.

Além disso, os Estados Unidos perderam o que o Brasil felizmente ainda conserva - o internato rotatório - que praticamente desapareceu nos Estados Unidos. Eu acho uma perda enorme. Esta é uma coisa que o Brasil não deve perder na educação médica. O Brasil está há milhares de quilômetros adiante dos Estados Unidos, neste aspecto.

Fundamentalmente, para se pensar a integração das ciências básicas e clínicas tem o que eu chamo de frase lapidar do Flexner: "*O médico precisa aprender a pensar como cientista*", com a contrapartida que "*o cientista básico, docente de cadeira básica, precisa começar a pensar como médico*". Ele não precisa ser médico, ele precisa ter uma educação médica, que é uma coisa diferente, do que ter uma formação médica.

A minha colega que organizou o curso "Cérebro e Mente", a que me referi antes, tem doutorado em neurofisiologia, não tem grau de médico, nunca estudou medicina. Mas, ela se sente absolutamente confortável de ter adquirido com o tempo uma cultura médica, em poder conversar com os neurologistas e psiquiatras, organizar e dar exemplos de medicina neurológica ou psiquiátrica, quando ela dá aulas de neurofisiologia. Diversos dos meus colegas que são cientistas básicos e doutores em ciências básicas ganham prêmios de reconhecimento dos estudantes como melhores professores, sem serem médicos, mas eles adquiriram uma cultura médica. É da combinação "*do médico pensar como cientista e do cientista e docente de cadeiras médicas pensar como médico*" que vai eventualmente, na minha opinião, sair uma integração vertical melhor do curso médico.

Eliana: Que mudanças julga mais relevantes nestes mais de quarenta anos de experiência como professor de medicina?

Prof. Thomas: Eu acho que foi, em parte, a perda de modelos. Tanto na clínica, quanto nas ciências básicas. Quando eu passei pela minha educação médica na FMUSP, apesar de ter, francamente, sérias

críticas a respeito de minha formação, eu tinha modelos pessoais de professores que me marcaram por toda vida. Eu tinha modelos de ciências básicas, modelos de prática clínica. E isso, em grande parte, tende a desaparecer pelas pressões sofridas tanto pelos clínicos, quanto pelos cientistas básicos ao assumirem outras tarefas. Estas referem-se aos atendimentos médicos para os clínicos, que geram, pelo menos nos Estados Unidos, rendas substanciais para as faculdades, e os cientistas básicos com seus "grants", grandes projetos de pesquisa, que geram muito dinheiro, provenientes de salários e custos indiretos para as faculdades. Faltam modelos pessoais éticos e profissionais e isso foi a maior mudança que vi nesses mais de quarenta anos.

Antonio: Houve, nesse processo, certo afastamento dos professores de uma vivência mais próxima de seus alunos...

Prof. Thomas: Claro! Por exemplo, uma vez, quando estava dando plantão, telefonei para o meu professor de clínica, em sua casa, às três horas da manhã, para perguntar "como eu devia tratar uma paciente em crise hipertensiva devido à eclampsia pós-parto". Perguntei: "não sei como tratar essa paciente, o que eu devo fazer?". Ele me explicou como proceder na intervenção apropriada, pelo telefone, e sua única queixa não foi ter sido acordado às três horas da manhã, mas o fato de eu não ter aprendido o suficiente para poder tratar o caso da paciente. Como eu disse, ele se orgulhava em dizer "eu faço médicos", ele se orgulhava dessa sua atividade profissional. Eu não sei em relação ao Brasil, nesses últimos cinquenta anos, mas nos Estados Unidos essa possibilidade de comunicação entre estudante e professor praticamente desapareceu.

Antonio: Eu acho que há uma grande proximidade nessa perda de modelo...

Eliana: Acho que aqui também se perderam os modelos.

Prof. Thomas: Isso é relevante. Outra coisa no Brasil, que talvez seja importante, não é o caso, talvez de Botucatu, mas é o caso, por exemplo, de muitas escolas médicas, e entre as melhores do país. Houve uma separação física, quase que completa, entre a parte clínica e a parte básica, por meio dos Institutos de Biociências. O Instituto de Biociência é uma batalha e uma conquista da minha geração e me orgulho de ter participado dela. Foi muito importante para o desenvolvimento da pesquisa biomédica no Brasil. Sem o Instituto de Biociências, na minha opinião, o Brasil não teria progredido na ciência, em particular, nas ciências biológicas, como progrediu. Todavia, essa separação criou um problema para a educação médica e certamente eu não tenho soluções. Mas, tenho certeza de que se vocês sentarem juntos e começarem a discutir e pensar como resolver isso, uma solução vai sair.

Antonio: Em Botucatu, também, há a separação física. Quando foi criada a Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu, em 1963, o grupo de professores das ciências básicas ensinava para a agronomia, medicina, biologia e veterinária. Era uma concepção de certa racionalização do corpo docente.

Prof. Thomas: Mas, isso obviamente traz problemas, não é? Porque o agrônomo tem que pensar diferente do médico, necessariamente é assim.

Eliana: O ensino médico, há um longo tempo, concentra-se no hospital e, atualmente, há um grande esforço em se estruturar o ensino nos diferentes níveis de atenção à saúde...

Prof. Thomas: Acho um progresso. Isso é um progresso...

Eliana: E, nos Estados Unidos, como isto tem se dado?

Prof. Thomas: Em menor escala, pela forma como lá a medicina é organizada. Todo médico que trabalha em seu consultório ou em um centro de saúde, nos Estados Unidos, está sujeito a uma

vigilância legal muito grande. Então, ter estudantes junto com ele é um problema. O valor do seguro aumenta. Há possibilidade de processos. Vou dar um exemplo de como hoje é possível encontrar algumas iniciativas para se fazer isso, como se pode contornar um pouco esses problemas. Mas, quero dizer, é necessário que o médico aprenda a trabalhar onde ele vai trabalhar.

Antonio: Ao comentar a entrada do clínico no básico, já desde os primeiros anos, comentou que o aluno da Cornell tem uma vivência clínica, não sei se dá para falar em vivência clínica, mas ele tem uma vivência. Queria que contasse um pouco da experiência da Cornell a este respeito. Esta atividade está estruturada em hospital ou em ambulatórios?

Prof. Thomas: Em parte, é no hospital, mas a maior parte é em consultórios médicos. Nós recrutamos médicos para isso. Eles gostam porque podem colocar uma placa no consultório dizendo que ali é um centro de ensino da Cornell. Os pacientes também gostam, pois se sentem mais seguros. O estudante acompanha esse médico, em geral, em clínicas privadas, uma tarde por semana, por dois anos.

Antonio: O aluno acompanha o mesmo médico nesse período?

Prof. Thomas: Não necessariamente. Mas, também, há centros comunitários onde ele pode trabalhar e o estudante vai acompanhar. E em alguns casos, em ambulatórios de hospital. É uma boa experiência, mas infelizmente o estudante não gosta dessa atividade. Na realidade ele detesta (risos).

Antonio: Estes são os paradoxos...

Prof. Thomas: Os paradoxos da vida. Ele detesta por uma razão muito simples. Ele considera a disciplina, que nós chamamos de "Médico, Medicina e Sociedade" como um curso leve. Essa disciplina vai desde o primeiro, segundo ano... É um curso leve se comparado com os cursos pesados de ciências básicas. Então, por exemplo, quando ele tem que ir ao consultório na quinta-feira e tem um exame de anatomia na sexta, ele detesta. Acha uma perda de tempo. A outra crítica é que o curso não é estruturado e não é comparável, pois alguns médicos são muito bons, outros não são tão bons; alguns estudantes têm boas experiências, outros não. Como eu digo, há falta de integração completa com o que está acontecendo nas ciências básicas.

Eu tentei, junto com o coordenador do curso "Médico, Medicina e Sociedade", fazer ações combinadas, por exemplo, quando nós estivéssemos ministrando a fisiologia cardíaca, os médicos (nos consultórios) deveriam fazer eletrocardiograma, aferir a pressão, auscultar um sopro cardíaco e coisas desse tipo.

Antonio: Não funcionou?

Prof. Thomas: Logisticamente nós tentamos, mas não funciona, porque a experiência é heterogênea. Por exemplo, um grupo de estudantes pode acompanhar um médico cuja especialidade não inclui o eletrocardiograma, o outro vai com um médico que está fazendo. É extremamente difícil organizar desse jeito. É necessário fazer uma reestruturação geral do currículo para os quatro ou seis anos para poder integrar efetivamente. Mas a coordenação é difícil, nesses cursos.

A minha crítica sobre os cursos de ciências básicas avançadas é mais ou menos do mesmo nível. Os tópicos são maravilhosos. Eu participo, no quarto ano, do último curso dos nossos estudantes de medicina. E realmente os tópicos estudados referem-se a temas abrangentes e importantes, de AIDS a diabetes. Mas os estudantes detestam, porque atrapalham o treinamento clínico deles, não estão relacionados esse treinamento clínico. Os alunos, como já disse, estão preocupados com o treinamento clínico por causa da residência e acham que a posição do curso no currículo é totalmente inconveniente. Não é que não gostam do curso, eles acham que deveriam aprender isso em outro momento. Então também há essa crítica.

Os estudantes também têm uma experiência de pesquisa básica ou clínica por nove semanas, em tempo integral, durante o curso médico, que ocorre no quarto ano.

Antonio: Que tipo de pesquisa os alunos desenvolvem?

Prof. Thomas: Qualquer pesquisa. O estudante encontra um tutor e faz uma pesquisa. A queixa deles é a de que nove semanas não é tempo suficiente para terem uma experiência suficiente de pesquisa. Ou seja, pode ser clínica, pode ser básica, pode ser de bancada, desde que seja pesquisa, não é? E também eles se queixam. É uma experiência inconclusiva, por assim dizer. Muitos estudantes (cerca de 30% da classe) que desejam ter uma experiência maior pedem um ano de licença para trabalhar em pesquisa.

Esses são os problemas para a integração vertical, por isso eu acho que simplesmente mudar de um lugar para outro não é o que integra, na verdade.

Antonio: E como têm sido as experiências de integração disciplinar, como a do curso "Mente e Cérebro"?

Prof. Thomas: Nós fazemos avaliação de todos os cursos e esta é obrigatória. Os estudantes quase "morrem" de tanto fazer avaliação, eles têm de fazer, senão nós seguramos as suas notas...

Cérebro e Mente é, de longe, o nosso curso com a melhor nota de avaliação dada por parte dos estudantes. E isso eu acho muito significativo. Ainda não é uma completa integração, em grande parte por falta de tempo. O curso médico nos Estados Unidos dura só quatro anos. E a minha opinião, bastante impopular, é que não precisa de quatro anos de *college*, dois anos já chegariam. Dois anos e aumentaríamos a escola médica de quatro para seis anos. Aqui no Brasil proponho o contrário. Eu acho que deve se instituir um curso universitário pré-profissional de dois anos.

Eliana: Antes dos seis, o senhor diria?

Prof. Thomas: Antes dos seis. Porque eu acho que não dá para integrar verticalmente o curso médico, sem isso. Um dos problemas da não integração vertical no Brasil é que o professor de cadeira básica, essencialmente, tem que suprir primeiro a deficiência científica do aluno do curso médico. Então ele gasta muito tempo, os cursos gastam muito tempo numa atividade de preparação ao invés de formação. O curso universitário pré-profissional além de outras vantagens corrigiria isso. Ciências básicas em curso médico deveriam ser diretamente ligadas à medicina; por exemplo: fisiologia médica, genética médica, bioquímica médica. Isso não é possível no Brasil porque os estudantes do ensino médio têm uma preparação insuficiente e os docentes das cadeiras básicas precisam supri-las. Um curso universitário pré-profissional corrigiria essa deficiência.

Antonio: Esta parte não está incluída no ensino médio?

Prof. Thomas: Eu acho que o ensino médio faz o que pode fazer. O ensino médio tem que pensar mais na formação em geral do que simplesmente preparar o estudante para faculdade de medicina ou engenharia ou outras profissões. Eu sou a favor de um curso universitário pré-profissional para todas as profissões no Brasil. O que, aliás, não é proposta minha e sim do professor Alaor Chaves, que é membro da Academia Brasileira de Ciências. Infelizmente, a academia mesmo desistiu de batalhar por esse tópico...

Antonio: Aqui no Brasil há algumas experiências, como a da Universidade Federal da Bahia.

Prof. Thomas: Eu considero extremamente produtivo por diversas razões. Ela permite um amadurecimento importante. Também permite ao candidato da medicina testar melhor a sua vocação. Se ele realmente tem vocação para medicina. E o curso universitário pré-profissional pode oferecer cursos científicos rigorosos para que, quando o aluno entrar na faculdade de medicina, os cursos realmente sejam focalizados na parte médica, os cursos básicos eu estou dizendo, seja fisiologia, seja genética, seja biologia molecular, seja qualquer uma das ciências básicas que são dadas no curso

médico. E aí teria a possibilidade de verticalização, mas sem isso, eu acho muito difícil. Além disso, eu tenho críticas ao vestibular como instrumento único de seleção. Vestibular é um processo que deforma a educação, mas provavelmente isso não vai mudar tão cedo, mas poderiam se introduzir métodos auxiliares de seleção. Um curso universitário pré-profissional poderia permitir selecionar os estudantes em parte pelas notas que obtêm nesses cursos, e também pela sua experiência durante o curso. Se o estudante, por exemplo, quer estudar medicina, tem de ter alguma experiência de contato com o paciente, para saber se é isso mesmo que ele quer. E isso ele pode fazer como voluntário em hospital, em centros de saúde, durante o curso, durante o *college*. Nenhum candidato vem para nós sem fazer isso, porque eles sabem que nós não vamos aceitar. Quero dizer que motivação para a profissão é uma coisa muito importante.

Eliana: Isso é muito importante, realmente!

Prof. Thomas: A primeira vez que eu propus isso foi em um congresso da ABEM, em Vitória. Quase me penduraram pelo meu dedão lá! (risos)... De tanto antagonismo que a minha proposta suscitou. E as razões dadas tanto nos Estados Unidos para diminuir o *college*, quanto aqui para aumentar, eu considero artificiais, não têm nada a ver com educação. Aqui os argumentos dados é que o menino do interior, a menina do interior, vem para uma universidade para ser médico (ou médica), tem de ter o avental branco, tem de ter o estetoscópio no bolso logo. É verdade que o curso universitário pré-profissional seria mais oneroso para o país. Todavia, deve-se considerar que o país tem um enorme gasto humano e material com as constantes repetições em vestibulares. Eu tenho parentes, sobrinhos e netos, que estão a dois, três, quatro anos, tentando entrar em uma faculdade de medicina. É um gasto econômico que ninguém está contando. E, segundo lugar, em medicina não acontece muito, mas em diversas outras profissões, a turma desiste no meio do curso, faz outro vestibular, para outra escola. Assim o aluno vai testando as profissões até achar uma para a qual esteja motivado. Então, te preciso pensar um pouco se realmente esse gasto não é maior do que a despesa em um curso universitário pré-profissional.

Outro problema também difícil de superar no Brasil, na educação médica, é o problema das cargas horárias excessivas e falta de área verde no currículo. O estudante está na sala de aula ou no laboratório das oito da manhã às seis da tarde. Quando é que ele tem tempo de pensar, de estudar, de aprender? É impossível organizar qualquer curso médico moderno sem dar a oportunidade para o estudante estudar por ele mesmo, de fazer atividades por ele mesmo. Eu acho isso muito difícil. Alguém me falou que isso acontece em parte porque os docentes têm de justificar o número de aulas pelo salário. Um outro argumento é que o estudante vai jogar futebol, vai fazer sua vida social durante o período da área verde. Não vejo diferença entre muitos estudantes de medicina brasileiros, que eu conheço e os estudantes dos Estados Unidos, em termos de esforço profissional. Eu posso estar enganado, porque não conheço bem aqui, mas para mim esse argumento não é válido. Além disso, há os exames para verificar se o estudante está aprendendo o que é necessário.

Antonio: As áreas verdes estão distribuídas nos quatro anos?

Prof. Thomas: Não, nos dois primeiros anos. E nós acabamos toda atividade formal até a uma hora da tarde. Exceto aquele dia em que o estudante vai para o consultório médico. Nos anos clínicos é um pouco mais difícil porque ele tem que acompanhar o paciente. Mas certamente não se pode dar aula o dia todo. Aliás, praticamente nos cursos clínicos não há aulas.



Eliana: Estamos encerrando... Queremos agradecer muito esta oportunidade única de estarmos aqui aprendendo tanto com o senhor no começo de nosso congresso...

Prof. Thomas: quem deve agradecer a oportunidade sou eu! Falei demais. Jornalista, em geral, não permite isso (risos).

No final do dia, reencontramos o professor Thomas, na avenida Dr. Arnaldo, a pé, despedindo-se do professor Fernando de Almeida, um dos docentes que estagiou com ele e realizou seu pós-doutorado na Cornell, alguns anos atrás. Agradecemos mais uma vez a brilhante palestra, a transparência ao nos mostrar todas as dificuldades e as contribuições de integrações tão ricas e lembramos a professora Denise Leite ao afirmar que "*é pela crítica constante que se pode garantir o avanço do conhecimento.*"

Perguntamos ao professor Thomas se não quer que o levemos ao seu hotel e ele, como um típico paulistano, responde que quer ir a pé e caminhar um pouco por ali. Ficamos com uma sensação de coração apertado ao perceber que ali está caminhando um grande brasileiro, com tantas inserções distintas, contribuindo para a ciência e a educação médica do nosso mundo contemporâneo.

Referências

MAACK, T. Casa de Arnaldo, circa 1964. **Rev. USP**, n.10, p.121-34, 1991. Disponível em: <<http://www.usp.br/revistausp/10/SUMARIO-10.html>>. Acesso em: 6 nov. 2010.

MELLO, L.M. Thomas Maack, médico e preso do *Raul Soares*. **A Tribuna**. Santos, 2 nov. 2003. Disponível em: <<http://movebr.wikidot.com/maackt:navio-prisao#toc4>>. Acesso em: 6 nov. 2010.

Recebido em 17/09/2010. Aprovado em 30/09/2010.