

Uma perspectiva da assistência hospitalar periférica

F. M. Fonseca Ferreira*

EMBORA considerando que o artigo «Ensino e sua avaliação após a licenciatura em Medicina», do Dr. Oliveira Soares, publicado no Vol. I, nº 2, 1994, desta Revista, representa, sem dúvida, no seu todo, uma das mais lúcidas críticas aparecidas entre nós sobre a função pedagógica da Medicina Hospitalar, não resisti ao impulso de expor a minha opinião em alguns casos reforçadora e noutros opositora acerca de vários pontos da sua argumentação.

Em primeiro lugar, julgo dever informar, sem sombra de imodéstia, que a minha carreira hospitalar se distribuiu por 10 anos em Hospitais Centrais Assistenciais, 10 anos num Hospital Central Escolar e quase 20 anos num Hospital designado de Distrital, experiência que, se fosse complementada por algum talento, naturalmente me colocaria numa excepcional posição de autoridade para abordar este tema.

Começando pelo princípio, isto é, pelo ensino do Ciclo Clínico dos Hospitais Escolares, penso, por ter experiência de metodologia diferente, que a falência deste ensino se deve, em grande parte, à existência da Aula Prática e dos Assistentes Escolares que a ministram. Sem extinção destas duas figuras de museu, com criação de uma Carreira Assistencial e Escolar única e integração dos alunos no trabalho hospitalar das Especialidades nucleares, nunca haverá ensino médico aceitável, pelo que continuaremos a ter, como diz o colega Oliveira Soares, médicos sem (a mínima) formação à data da licenciatura, com reflexos negativos persistentes ao longo de toda a sua futura carreira profissional. Por outro lado, para permitir essa integração, as aulas teóricas deverão ter lugar fora dos períodos de trabalho de Enfermaria, sob forma de Cursos de Especialidades, pré-programados e dados por Especialistas das respectivas áreas. Enfim, o Curso de Medicina deve ser destinado mais a servir o ensino dos alunos, do que as conveniências dos docentes que persistem em manter estatutos de privilégio, claramente desajustados.

Ora, o *numerus clausus* em vigor representa apenas mais uma aberração no seio desses anacronismos. Durante os anos das guerras de África, abriu-se exageradamente a frequência do Curso de Medicina para satisfazer a discutível exigência militar de um médico por Companhia. Depois, foi resolvido diminuir drasticamente o acesso às Faculdades de Medicina, com o insensato argumento de ensinar melhor com melhores alunos, sem prever que, com os deficientes métodos utilizados, tanto se ensinava mal uma centena como várias centenas de alunos, ao mesmo tempo.

Ninguém razoavelmente dotado, mesmo não sendo médico, pode duvidar de que o cálculo do *numerus clausus* em Medicina deve ser função das necessidades assistenciais do País.

Assim, este cálculo deve respeitar 3 proposições, que considero dogmáticas:

- os Internos de Especialidade representam a principal força de trabalho médico hospitalar — tal como no futebol, depois dos 30 anos (idade mais ou menos correspondente ao fim do Intemato), o médico hospitalar deve ser, sobretudo, um orientador, pois já perdeu muito do seu entusiasmo, motivação e mesmo capacidade física de intervenção directa no campo da luta.

- os Internos de Especialidade, porque são médicos licenciados, estão sujeitos à responsabilidade integral dos seus actos médicos, de modo que a sua actividade assistencial, embora tutelada, deve ser sempre prioritária em relação a todas as acções formativas.

- o cálculo do número de Internos de Especialidade e, conseqüentemente, do *numerus clausus*, deve ser feito em função das exigências globais da Rede Hospitalar nacional, depois de corrigidas visões distintivas entre os diferentes Sectores, que representam, quase sempre, um deplorável astigmatismo dos Sectores Hospitalares e Estatais Centrais.

É sobre este último aspecto que as opiniões do colega Oliveira Soares apresentam uma lamentável distorção, certamente resultante desse erro de perspectiva deformadora, com laivos de superioridade e excelência, acalentado pelos colegas dos Hospitais ditos Centrais. Eu também já sofri dessa maleita, em tempos em que ela era mais justificada, isto é, nos tempos dos Hospitais das Misericórdias, sem Carreiras Médicas nem condições adequadas.

Actualmente, estando todos os Hospitais abrangidos por uma Carreira Médica uniformizada, não persistem razões para diferenças de dotação e da conseqüente qualidade entre Sectores Hospitalares afins, Centrais ou Periféricos

Pensar que um Serviço de Medicina, de Cirurgia Geral ou de Especialidade, por ser periférico deve ter menos Internos ou Assistentes, em função do número de camas é, no mínimo, admitir que os doentes da província não

* Director de Serviço de Medicina Interna do Hospital de São Bernardo, Setúbal

têm direito a cuidados assistenciais idênticos aos das cidades principais.

A existência de Serviços ultra-especializados é um problema completamente diferente, que deveria ser resolvido pela criação de Regiões Hospitalares funcionais e não simplesmente burocráticas, como as que há pouco foram estabelecidas. Desta forma, por exemplo uma Região Hospitalar englobando os Hospitais de Almada, Barreiro, Setúbal e Montijo constituiria uma Zona Hospitalar autónoma, isto é, dotada com quase todas as Especialidades diferenciadas e não necessitando da complementaridade da Região Hospitalar de Lisboa, salvo em situações muito excepcionais, como o transplante de órgãos e a LDL-aferese, que o colega tão empoladamente citou.

Os Hospitais ditos Centrais, ao contrário do que muitos pensam, são, sobretudo, Hospitais de bairro das grandes cidades, tal como os chamados Distritais são, sobretudo, Hospitais da cidade e dos concelhos envolventes.

Se os Hospitais Centrais continuam a receber doentes em número exagerado, vindos dos Hospitais Periféricos, isso deve-se a que, nestas Zonas Hospitalares, não foram criados ainda, por deficiências de planificação, os Serviços Especializados essenciais. Que justificação se poderá dar, por exemplo, para que os Hospitais ditos Centrais possuam à volta de 10 Serviços de Endocrinologia (com mais de 100 Endocrinologistas), enquanto que os Periféricos não possuem nenhum devidamente dimensionado (e apenas cerca de meia dúzia de endocrinologistas)?

Mas o ponto em que o colega Oliveira Soares revela marcado desfasamento das realidades é quando diz que «os Hospitais Centrais, por seu turno, deverão reunir as condições pluridisciplinares para tratar o grande enfermo e o grande traumatizado...» porque, não existindo essa entidade do «grande enfermo» e admitindo que se refere aos casos de diagnóstico mais complicado ou de tratamento mais intensivo ou diferenciado, os principais Hospitais Periféricos, como o meu, encontram-se muito mais habilitados do que o colega pensa a resolvê-los adequadamente, apenas necessitando de recorrer a exames auxiliares ou tratamentos externos, em situações muito excepcionais, como, por exemplo, ressonância magnética, serologia microbiana ou auto-imune diferenciada, Neurocirurgia, transplantes, o que, aliás, também acontece com muitos Hospitais ditos Centrais.

Assim, os 2 Serviços de Medicina do meu Hospital dispõem de pneumologistas que executam fibroendoscópias, biópsias pleurais ou citologia pulmonar percutânea e espirometria, de nefrologistas que fazem biópsia renal e hemodiálise, assim como de equipas de Neurologia, Dermatologia e Endocrinologia. Há, neste Hospital, Serviços de Gastreenterologia, Cardiologia, Cuidados Intensivos, Imagiologia, Imunologia, Patologia Clínica e Anatomia Patológica com óptimo apetrechamento, dotação suficiente de pessoal médico e de enfermagem, e elevado grau

de produção e qualidade. Isto sem citar os serviços do foro cirúrgico, também com elevada capacidade. Será que não estamos habilitados a tratar o «grande enfermo»?

Pela minha parte, como Director do Serviço de Medicina 1, não tenho a mínima dúvida de que a nossa equipa de trabalho não temeria confrontos de qualidade e eficiência com qualquer outro Serviço de Medicina do País, e de que a maioria dos Directores de Serviço dos Hospitais Periféricos pensa, com razão, da mesma maneira.

Sem dúvida que existem numerosos Hospitais Periféricos de diminuta dimensão que não preenchem as condições mínimas para serem dotados com sub-especialidades ou internato, o que poderia talvez ser resolvido por destacamentos periódicos, no âmbito das Regiões Hospitalares propostas.

A designação de Hospital Geral deveria talvez ser conferida aos Hospitais que tivessem dotação médica suficiente, definida por critérios como, por exemplo, capacidade para organizar equipas permanentes do Serviço de Urgência nas principais especialidades – Medicina Interna, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia, Ortopedia, Cardiologia.

Estes Hospitais que, em grande parte, se localizam nas capitais de distrito, sendo muito mais humanizados e menos burocratizados que os Centrais, devido às suas médias dimensões, possuem óptimas condições de eficiência assistencial e didáctica, resultante da facilidade de colaboração intensa e envolvente das equipas sectoriais na solução adequada dos casos concretos.

E por muito que custe ao colega Oliveira Soares, a minha impressão sobre a opinião geral dos internos regressados de estágios nos mais variados Serviços dos Hospitais ditos Centrais é de que, na generalidade, não encontram aí melhor qualidade, quer na assistência, quer no ensino, do que nos serviços periféricos de origem.

Para terminar, não posso deixar de discordar da sua crítica demasiado irónica e pejorativa sobre a investigação clínica nacional, esquecendo que todos os trabalhos de registo, análise e publicação de casos ou séries patológicas, correctamente estudados e apresentados, para além de corresponderem a alguma forma de investigação, representam o índice mais fiel de valorização de qualquer sector clínico. E também sob este aspecto lhe posso afirmar que o Sector Hospitalar Periférico se tem afirmado de forma notável, como pode comprovar, se estiver interessado, pela consulta das Revistas Científicas das Sociedades Médicas dos Hospitais Distritais.

Por tudo isso lhe recomendo com a maior convicção que tente contactar com a realidade actual dos Hospitais Periféricos, para modificar a sua opinião e contribuir com a sua excepcional capacidade de análise e de comunicação para uma uniforme ascensão da Assistência Hospitalar deste pequeno aglomerado com «500 Km no sentido da latitude» e apenas 10 milhões de habitantes.