

# Ensino e sua avaliação após a licenciatura em Medicina\*

A. de Oliveira Soares\*\*

## A Formação dos Médicos

Em minha opinião e convicção arraigada, o ensino médico depois da licenciatura é o mais importante. Vai para três décadas que ouvi a Miller Guerra, grande clínico, lúcido pensador e cidadão exemplar, esta frase fascinante: “uma pessoa que acaba o curso de medicina está pronta para começar a formar-se em medicina”. Atente-se na acuidade da distinção entre acabar um curso e formar-se.

De facto, não há médicos formados à data da licenciatura. Nem mesmo os mais natos talentos. O curso poderá ter fornecido uma boa base, mas a formação será depois.

Para entender as circunstâncias em que os licenciados vão transformar-se em médicos, devo declarar que o ambiente mais propício é o hospital, e os agentes da “transmutação” os médicos mais experientes.

Será bom esclarecer que o clínico hospitalar desenvolve, essencialmente, duas missões, uma assistencial, que é tratar os doentes, a outra didáctica, que consiste em ajudar a formação dos novos médicos. São funções inerentes à natureza e propósitos da medicina, desde os seus primórdios e são concomitantes na actividade de muitos médicos hospitalares. Há-os, contudo, que são clínicos em dedicação quase exclusiva. E também há professores que pouca acção assistencial desenvolvem. De qualquer forma, tratar enfermos e ensinar os colegas são valências que integram o ser-se médico. Depois, pode

haver, associadamente ou em exclusivo, uma carreira de investigação básica - mais lógica nos centros e instituições académicas, ou uma linha de investigação clínica - possível em qualquer hospital.

## O grande equívoco das vocações

Designo assim um mau aproveitamento das aptidões dominantes dos médicos, fenómeno frequente, sobretudo nos hospitais escolares. Trata-se duma desorientação entre ensino, investigação e assistência clínica.

Necessidades de colocações e imperativos de carreiras serão a causa fundamental do atropelo das tendências de muitos profissionais, dando azo a um mau posicionamento na actividade dominante. Isto tem sido comentado por célebres pensadores:

1 - Ensina quem é destituído de capacidade pedagógica - “Quem sabe faz, quem não sabe ensina” (George Bernard Shaw);

2 - Investiga e publica quem não tem espírito de investigador nem talento literário - “Os médicos têm o estranho prazer de publicar asneiras” (Elysio de Moura);

3 - É forçado à clínica quem teria muito mais qualidades para ensinar ou investigar - “Era um daqueles médicos que sabem tudo, mas ficam apavorados quando lhes aparece um doente por diante” (Aquilino Ribeiro, evocando Fialho de Almeida).

E, claro está, refiro-me a casos em que não houve um grosseiro erro de orientação profissional na escolha da medicina, mas tudo se complicou depois, na selecção das actividades concretizadas na prática.

## Os dois ciclos do ensino médico

Depois dum prólogo, que é constituído pelos três últimos anos do ensino secundário, a aprendizagem da medicina processa-se em dois ciclos: ensino básico, dado pela escola médica e ensino clínico, que começa nos anos finais do curso, mas ultrapassa a escola, sendo ministrado principalmente noutra tipo de instituições, os hospitais, mormente.

O ciclo básico deve assumir um carácter científico dominante. O ensino clínico é de natureza essencialmente prática e tem muito de artístico. Usando de uma metáfora, direi que no ciclo básico se prepara

\* *Desenvolvimento da intervenção na mesa-redonda “Sistemas de Avaliação em Medicina Interna”, III Jornadas de Medicina Interna da Zona Sul, Lisboa, Outubro de 1993.*

\*\* *Assistente Hospitalar Graduado de Medicina-Interna, Serviço de Medicina I (Director: Prof. J. Nogueira da Costa), Hospital de Santa Maria/Faculdade de Medicina, Lisboa.*

o barro e no ensino clínico se molda, coze, decora e vidra o pote...

## **A coabitação escola-hospital**

Entre nós, como em muitos outros países, é vulgar coexistirem uma faculdade de medicina e um hospital no mesmo edifício, sob um só tecto, ou “dentro dum mesmo ovo”. Esta gemelidade é difícil, toda a gente o sabe, mas sucessivas gerações de novos médicos têm sobrevivido aos conflitos institucionais, ainda que pedagogicamente prejudicadas.

## **Ensino versus assistência**

Os médicos hospitalares vivem presentemente um grande conflito íntimo, para conseguirem desdobrar-se e servir condignamente as duas funções, didáctica e assistencial. O problema é pior nuns hospitais que em outros, mas tende a agravar-se, em Portugal.

Num inquérito concluído em 1991 a uma amostra de 4756 jovens médicos, executado pela Robert Wood Johnson Foundation, de Princeton, NJ, EUA, oitenta por cento dos inquiridos consideraram que a sua formação e treino tinham sido excelentes ou bons (JAMA, 1993;270:1035-1040).

Estes resultados americanos contrastam com as opiniões que reiteradamente me vêm sendo comunicadas por internos e alunos, no último quinquénio. Eles queixam-se de pouca atenção, pouca disponibilidade e, em suma, pouco ensino, por parte de muitos dos seus “assistentes” nas disciplinas clínicas e na prática do internato. Dou-lhes razão, porque noto que a tendência é para se ensinar menos clínica. A culpa é do tal conflito que tem vindo a gerar-se entre as obrigações assistenciais e pedagógicas, pois os médicos de vários hospitais centrais são cada vez menos, mais velhos e mais sobrecarregados.

De facto, os melhores, mais experientes e dedicados clínicos dos hospitais estão, actualmente, absorvidos por actos assistenciais directos, serviços de escala múltiplos e excessivos e, até, por funções burocráticas que lhes roubam tempo de ensino de internos e alunos.

Ensina-se menos bem, porque: os quadros médicos dos hospitais estão desajustados do crescimento de trabalho que o progresso tecnológico gerou; os hospitais centrais são espoliados de clínicos maduros, em nome duma redistribuição territorial de vantagem muito discutível; a necessidade de garantir o

serviço das enfermarias, as consultas e as urgências esgota os que ainda vão ficando; a ajuda prática dos internos diminuiu dramaticamente, já que a dificuldade do acesso às escolas médicas lhes baixou o número de forma drástica.

Bem sei que é palavra de ordem a descentralização dos cuidados médicos.

Mas penso que desguarnecer os grandes hospitais, os de múltiplas valências e alta capacidade tecnológica, é uma má orientação. A verdade é que começa a notar-se que os clínicos hospitalares são poucos.

## **Falta real de médicos nos hospitais**

Quando se diz que num dado hospital central há dois médicos por doente, labora-se numa falácia, porque se contabilizam: médicos que não têm funções clínicas - radiologistas, patologistas clínicos, anatomopatologistas, gestores, etc.; médicos que estão doentes, dispensados para doutoramento, exclusivamente cometidos ao ensino básico, ausentes no estrangeiro para prolongados programas formativos, em gozo de licenças de longo prazo, etc.; contabilizam-se mesmo estagiários por períodos breves!

E a verdade é que os hospitais centrais, purgados de internos pelo exagerado “*numerus clausus*” de acesso ao curso, com quadros cada vez mais envelhecidos e a braços com múltiplas funções, têm poucos clínicos. Como a prioridade é o enfermo, o tempo e a disponibilidade para o ensino dos poucos internos e alunos que ainda vão “pingando” não pode deixar de ressentir-se. Pura aritmética elementar!

Imagine-se que são pouco mais de 50 os finalistas de medicina do ano lectivo de 1993-94, na Faculdade da Universidade de Lisboa. Se vai continuar, para quê manter duas escolas médicas na capital?!

No hospital que sirvo havia, em 1973, uma média de quatro médicos (um assistente e três internos) por cada seis doentes das enfermarias de medicina. Vinte anos decorridos, as mesmas seis camas são assistidas por um ou dois médicos. Considerem-se os serviços de escala, as consultas externas e de seguimento de ex-internados, a prática de técnicas e os impedimentos humanos, e a conclusão torna-se irrefutável: faltam clínicos, ainda que o total de médicos, clínicos e não clínicos, actuates e afastados, pareça grande.

E, ridículo extremo, poderá chegar-se à situação de não terem os hospitais centrais médicos em número suficiente para acudir aos doentes que, em fluxo contínuo, os hospitais distritais lhes enviam, por lhes faltarem condições técnicas para semiologias e terapêuticas que impõem grandes equipas e múltiplas valências.

Só na segunda quinzena do mês de Agosto de 1993, o Hospital Garcia de Orta, de Almada, enviou para a urgência de Santa Maria 172 doentes (média de 10,7 por dia) e o Hospital de Torres Vedras, no mesmo período, remeteu 92 (média de 5,7 por dia). Foram 41 os hospitais que evacuaram doentes para o referido hospital central, nessa quinzena.

Estes números expressivos falam pela argumentação que expus!

### **Voltando à questão do ensino básico de Medicina**

O virtual leitor que perdoe estas divagações sobre os problemas de sobrecarga de trabalho dos clínicos hospitalares que também ensinam. Esqueçamo-los por agora, regressando ao tema, de forma frontal: os recém-licenciados em treino.

Os jovens médicos trazem, por via de regra, deficiências de ensino no ciclo básico, piores as de carácter prático.

Recordo o vitoriano ensino que foram as aulas práticas das disciplinas básicas, no meu curso de 1962-/68. Trinta e tal alunos, acotovelando-se à volta de um cadáver tão formolizado e tão antigo e esquartejado que parecia uma múmia já analisada pelos egíptólogos - era a anatomia. Uma preparação de músculo ligada a um tambor de Marey com 100 anos, em plena época dos polígrafos - era a fisiologia. Explicações de como dividir um decigrama de sulfato de estricnina por cem pílulas de alcaçuz e de como fazer um anti-venéreo à base de óxido amarelo de mercúrio, no auge do surto dos antibióticos - era a farmacologia...

Consta-me que algumas das cátedras de ciências básicas acabaram com as aulas práticas, substituindo-as por aulas teóricas sobre temas práticos. Lamento, porque um “toque” de experimentação, mesmo elementar, tem valor formativo, e porque me custa ver laboratórios de institutos que ostentam designações como farmacologia e fisiologia transformados em escritórios, onde se escrevem artigos e dactilografam teses de doutoramento, onde se fazem dia-

positivos e se dão passos propedêuticos na cibernética dos “curiosos”.

Contudo, há que reconhecer que um mau, mesmo quase nulo ensino básico não impede a formação de clínicos. Lembro outra vez Miller Guerra e a afirmação de o início da formação médica ser depois da licenciatura.

Aliás, se esta questão do ensino básico fosse crucial, não haveria falsos médicos que praticam com êxito. Um dos mais célebres, Frederick Waldo Demara Jr., chegou a cirurgião da marinha canadiana...

Em todo o caso, seria bem bom que os licenciados entrassem na prática hospitalar com uma sólida preparação básica, até por isso facilitar muito do ulterior trabalho de verdadeira **formação**.

### **Ensinar clínica**

Ensinar clínica pressupõe duas condições: a disponibilidade dum clínico com razoáveis dotes pedagógicos e a “entrega” dum discípulo não totalmente destituído de vocação. Os génios não se fabricam. Ribeiro Sanches, William Osler, Gregorio Marañon, Pulido Valente, eram superdotados. Teriam sido grandes médicos mesmo com um ensino deplorável. Mas as maiorias não são constituídas por génios. O material humano de média qualidade não dá médicos geniais. Produz clínicos decentes, de valor para a sociedade e boas perspectivas de realização pessoal, quando foi alvo dum ensino clínico competente e inspirado. Como nas artes, um só Velasquez, um só Mozart, mas muitos pintores de quadros simpáticos, muitos compositores de agradáveis cançonetas.

### **Tem o ensino clínico um método próprio?**

Em minha opinião, sim! O método de ensinar clínica consiste na vivência do quotidiano médico pelo patrono e pelo seu discípulo (mestre e aprendiz), a par e passo, com tempo e perseverança.

Tem certas analogias com a aprendizagem dum ofício artesanal, de sapateiro, oleiro, cozinheiro. Nessas profissões, como na medicina, o ensino tem de ser muito personalizado, individual ou quase. Um razoável didacta prepara simultaneamente dois discípulos, um grande pedagogo pode chegar a moldar quatro ou cinco.

Esta necessidade de mestre e aprendiz viverem o dia-a-dia da clínica, debruçados sobre os doentes, inquirindo, vendo, ouvindo e palpando, ou embre-

nhados na análise dos registos do processo clínico escrito, representa um alto grau de individualização de ensino. É difícil consegui-lo, principalmente por limitações de disponibilidade e talvez isso explique por que tão poucos mestres da medicina deixam “escola”.

Todo este discurso do ensino individualizado, clínico, paternal, tem uma ressonância arcaica, uma tonalidade hipocrática.

Que lugar para os estágios nas “especialidades”, as visitas a centros de investigação, a prática de técnicas de vanguarda, a matematização e a computadorização?

Aceito que essas experiências e diferenciações têm muito interesse, mas apenas complementar.

Primeiro, há que aprender a ser médico. O método que preconizo é precisamente o que se atribui a Hipócrates (460-370,AC) e que ele terá seguido no seu centro clínico da ilha de Cós: avaliar um candidato, ajuramentá-lo - o que significa o compromisso de aceitação das regras profissionais - e ensiná-lo, no quotidiano do exercício.

Aceito que sejam bons outros métodos pedagógicos. Este tem vinte e cinco séculos de sucesso.

E não creio, em qualquer caso, que seja possível aprender medicina por correspondência, ou pela tele-escola.

## **Avaliação**

A avaliação do ensino clínico - e tenho estado a subentender uma certa coincidência de ensino e internato hospitalar - é imprescindível. Temos de saber se a pessoa a quem se vai confiar doentes está, de facto, habilitada.

Em minha opinião, o parecer do patrono, mestre ou orientador de formação - chame-se-lhe o que se quiser - é o critério fundamental. Mas tem de ser um parecer explicativo, com sólida base, dado pormenorizada e claramente. O mestre também é julgado, em função do que fez do seu discípulo.

Depois, entendo que não é dispensável uma prova clínica. Pode ser o clássico estudo de um ou mais doentes, mas pode assumir outras formas: visita comentada numa enfermaria (uma ideia de L. Garcia e Silva), entrevista e exame de um doente na presença e sob simultânea crítica dos avaliadores, prática de actos semiológicos e de interpretação de exames complementares, etc.

Tudo isto aconselha que as provas sejam hospitalares, encerrando o internato de especialidade, pres-tadas perante um júri hospitalar largo, talvez de cinco elementos, integrando o patrono do candidato e, virtualmente, um representante da Ordem dos Médicos.

## **O Curriculum Vitae (CV)**

Dou à análise curricular um papel de segunda linha na avaliação do ensino pós-graduado. Levanta muitos problemas, a começar pelo nome: traduzir para a legítima palavra portuguesa currículo? E o plural? Manter o afectado barbarismo latino currículo ou ter coragem de pronunciar o som pouco feliz do português currículos?!...

Não excluo a análise curricular, mas bem gostaria de ver o currículo reduzido a uma sóbria lista de actividades, precedida ou não dum pequeno prefácio conceptual, e gostaria ainda mais que não houvesse avaliações de internatos baseadas no documento em causa.

De facto, a avaliação curricular dá informações muito vagas e de fidedignidade imprevisível.

A tendência é para gerar, num pesadelo de folhas de papel, uma obra de ficção que oscila entre o poema épico e o romance histórico. Humano, compreensível, mas inaceitável!

Quem julga, defronta-se habitualmente com listas de cursos que podem ter sido meros fornecedores de diplomas; com enumerações de congressos onde a presença do candidato pode ter sido puro turismo; com o enunciado de comunicações que, amiúde, são repetitivamente apresentadas sob pequenas e estratégicas variantes de pormenor e co-autores; com artigos que raramente são muito bons e, mais frequentemente, são desdobramentos dum mesmo e débil trabalho; com cartas abonatórias que pouco garantem, já que é comum que uma personalidade médica respeitável não se importe de declarar e garantir que um quase analfabeto fala e escreve como o fez o Padre António Vieira.

Finalmente, moda de fresca data em medicina interna, o currículo apresenta uma estatística nosológica geralmente péssima.

## **A estatística nosológica**

Ao longo dum internato de medicina interna, o candidato assíduo lidou com toda a nosologia corrente e depararam-se-lhe algumas raridades.

É assim para todos, para quê especificar se as insuficiências cardíacas foram 187 ou 154, as doenças pulmonares obstrutivas crónicas 133 ou 151, os acidentes vasculares cerebrais 216 ou 289?!

Noutras especialidades, o mínimo de casos pesa bastante, é diferente ter feito 3 gastrectomias ou 54, num currículo de cirurgia geral, ter realizado 2 ou 110 estudos hemodinâmicos, num currículo de cardiologia.

Mas em medicina interna, findos 5 anos de especialização hospitalar (internato), os números das patologias importantes e frequentes tratadas são sempre próximos, não exprimem um treino manual de suma importância, são menos relevantes, enfim.

Agravando este meu descrédito sobre a importância da estatística nosológica em medicina interna, o facto de muitas dessas listas serem extracções de dados computadorizados da casuística do serviço, não necessariamente pessoal. É quase regra que há ali doentes que não foram estudados nem tratados pelo candidato. Há-os de colegas próximos, de internamentos durante férias e congressos, etc. Depois, a quase sistemática confusão de doentes e diagnósticos. Praticamente ninguém especifica uma coisa e a outra.

Dois mil e quinhentos diagnósticos corresponderão, potencialmente, a 650 doentes. Isto gera variadas confusões, agravadas por haver doentes que “passeiam” por vários grupos nosológicos. Por exemplo, um caso de úlcera péptica gravemente sangrante poderá ser contabilizado nas rubricas “úlcera péptica”, “hemorragia digestiva”, “anemia aguda hemorrágica” e “choque hipovolémico”; uma artrite reumatóide pode ser introduzida nas “doenças do conectivo”, nas “afecções do aparelho locomotor” e nos “reumatismos crónicos”.

Isto evitar-se-ia se fosse difusamente utilizada a nomenclatura nosológica da Organização Mundial da Saúde, por muitos defeitos que lhe apontemos e se os programas de computadorização fossem feitos por peritos no assunto, devidamente orientados por clínicos com alguma diferenciação em estatística.

Enquanto tal não for prática disseminada, continuaremos a reconhecer em muitas computadorizações a sábia sentença: “garbage in ... garbage out!”..

Lendo muitas dezenas de currículos, sinto-me perplexo ao verificar que nunca há doentes sem diag-

nóstico, nem menções a diagnósticos que vieram a revelar-se errados. Em contraste, a primeira aula do curso que me ministrou Eduardo Coelho intitulou-se: “Erros de diagnóstico no meu Serviço, durante os últimos dois anos”.

### **Estatísticas mais requintadas**

Algumas estatísticas mais elaboradas e complexas, ultrapassam o âmbito da listagem nosológica e vão ao encontro da ânsia institucional de números favoráveis, demonstrativos da qualidade dos cuidados de saúde.

A grande questão é o **rendimento**.

O rendimento é em regra calculado com base no **tempo médio de internamento**. Devo dizer já que considero este parâmetro fraquíssimo. Em defesa da minha asserção, faço notar que um hipotético hospital em que se convencionasse que todos os doentes que às 72 horas de estada não se encontrassem em condições de alta seriam imediatamente assassinados, teria um tempo médio de internamento óptimo, de apenas três dias...

A *ocupação média das camas* também diz pouco. Em medicina é geralmente excessiva, chegando a ultrapassar 100%... por causa da mobilização de camas-extra, não oficialmente existentes, e de macas a fazer de camas, para remediar as grandes enchentes dos dias negros do serviço de urgência, em especial no período de Novembro a Abril. Em cirurgia geral, a ocupação média das camas costuma ser boa ou excessivamente baixa, mas isso também não traduz nada de positivo, em si. Representa apenas as longas listas de espera para operações electivas, em consequência de condicionalismos múltiplos, relativos a indisponibilidades de sala, anestesia, material, enfermagem, etc., etc. Também é discutível o critério do **resultado à data da alta**. Seria necessária uma animada consulta de acompanhamento ulterior para que sistematicamente se pudesse definir o resultado real. Não é raro virmos a saber, por caprichos do acaso, que o doente a quem demos alta com o rótulo de melhorado ou curado, veio a morrer pouco depois em casa, ou foi reinternado algures, em estado crítico.

### **As “coroas de louros” do currículo**

Merecem uma especial reflexão duas actividades que costumam render o júri aos méritos do candidato. Uma delas é uma **linha de investigação subsidiada**.

Longe de mim supor que não existem linhas de investigação de grande mérito, proveito e rendibilidade, a todos os títulos!

Mas é mister reconhecer que muitas delas dão cobertura a uma quantidade de gente que nada faz, justificando-lhe o absentismo laboral à sombra de uma ou duas pessoas que, como escreveu Amadeo de Souza-Cardoso “marcham numa rotina atrasada”......

A despeito de honrosas e meritórias excepções, a investigação médica portuguesa consiste sobretudo em replicações. As causas são múltiplas, não cabe aqui analisá-las.

O ilustre farmacologista Fernando Peres Gomes afirmava com o seu pessimismo célebre, mas bem documentado por nomes, datas, lugares, números e exibição de documentos indesmentíveis: “A investigação médica que se faz em Portugal cabe, em mais de 90% dos casos, num de três ramos:

1.º - reprodução desnecessária do que está feito e refeito;

2.º - plágio, mais ou menos disfarçado;

3.º - falsificação pura.....

Eu próprio já tive o desgosto de ler numa revista portuguesa um excelente artigo sobre a organização dum currículo, que mais não era que a tradução literal dum capítulo dum ignoto livro didáctico americano, que eu conhecia, por mero acaso.

Também tive o ensejo de ler um “trabalho” experimental que teria sido feito em cães, num laboratório em que o biotério sempre tivera exclusivamente ratos.

Claro que as falsificações são universais. Basta recordar o recente imbróglio em que se viu envolvido o grande cientista E. Braunwald, arrastado numa torrente de artigos inventados por um engenhoso colaborador,..... e o pouco claro caso Montagnier versus Gallo, relativamente à descoberta do agente da imunodeficiência humana adquirida.....

Grande parte destas lamentáveis ocorrências resultam do mau entendimento do valor dum publicação médica e das pressões sobre os médicos para que escrevam, para que publiquem - “to publish or to perish”.

A verdade é que escrever e publicar muito não tem nada a ver com o **ser-se médico**. Elyσιο de Moura tinha carradas de razão (citação atrás).

## Doutoramento

É a outra coroa de louros dum currículo.

Em muitos e louváveis casos, trata-se do abraçar dum carreira académica por uma pessoa brilhantemente dotada, ou do culminar natural dum vida médica notável, da distinção justíssima conferida a alguém que é excepcional.

Mas também pode significar um hábil curto-circuito à dura carreira hospitalar, uma manobra de ultrapassagem de colegas que jamais seriam ultrapassáveis pela via do trabalho nos hospitais e outras instituições, até mesmo uma fuga a obrigações cívicas doutra natureza, como o serviço militar obrigatório.

Por isso eu penso que o doutoramento é como o ano bissexto: “ou muito bom ou muito travesso” (aproveitando a oportunidade de citar um aforismo popular português).

## Estágios em “especialidades”

Este é um elemento curricular que levanta grandes dificuldades de avaliação.

Os estágios em bons centros das “especialidades” (sensu restrictu) e os cursos sérios de instituições credenciadas são de grande interesse didáctico. Mas há penosas reservas: **é raro saber-se o que na verdade se passou**.

Por exemplo, em 1975 propus-me estagiar por dois meses num departamento de exames complementares que julguei importantes para a minha formação. Uma vez obtidas todas as autorizações, fui falar com o director do serviço em causa, que me disse, mais ou menos, o seguinte:

- Sabe, as coisas por aqui estão muito confusas...Não vale a pena entrar em explicações pormenorizadas...O melhor é eu assinar-lhe já a folha de informação com **muito bom**, e você não vir cá.

Nem aceitei a oferta de classificação fictícia, nem fiz o estágio que contrariava o director, obviamente!

Outra reserva é o **tempo roubado ao ensino clínico**.

A multiplicidade de estágios em disciplinas várias encurta muito, por vezes terrivelmente, a tal aprendizagem hipocrática, a tal vivência do quotidiano da clínica pelo orientador e pelo interno, que eu entendo como método próprio e de eleição do ensino da medicina.

Recordo o caso dum interno de quem fui orientador de formação. Dos 36 meses de internato com-

plementar dessa época, 24 foram passados em estágios (6 meses numa unidade de cuidados intensivos; 4 meses em nefrologia; 4 meses em diabetologia; 4 meses em imunologia; 3 meses em neurologia; 3 meses em reumatologia). Somando 2 meses de férias e 2 meses de preparação para o “exame de saída”, verifica-se que sobraram para a aprendizagem clínica em medicina interna uns escassos oito meses, ainda por cima interpolados, divididos por pequenos períodos dos intervalos entre aqueles estágios!

### **Melhorar o ensino pós-graduado e sua avaliação**

Para minha vergonha e angústia, depois de escrever tantas coisas antipáticas e negativas que atrás deixo, devo ainda confessar que não benefico da redenção de deter soluções miraculosas para melhorar o ensino pós-graduação da medicina interna e fazer mais correcta, mais rigorosamente, a sua avaliação!

Exaro aqui umas vagas e desalinhadas hipóteses (ou propostas), que de momento se me afiguram oportunas:

1.º - Alargar os “*numerus clausus*” de admissão ao curso de medicina.

2.º - Integrar nas provas de admissão testes por peritos, concebidos para definição mínima do “potencial médico” de cada candidato.

3.º - Acompanhar psicologicamente os estudantes, ao longo do curso, de forma a tornar mais viável a selecção de vocações - clínicas, pedagógicas, de investigação.

4.º - Propiciar condições de ensino clínico na base “patrono-discípulo” (ou orientador de formação-interno).

5.º - Programar os estágios e cursos de formação durante o internato em base flutuante, de acordo com as necessidades da instituição e do interno, e segundo um calendário bem estudado, realista, que dê tempo razoável à aprendizagem do essencial.

6.º - Avaliar com fundamento em:

a) Informação do orientador de formação/“patrono”.

b) Exame hospitalar, constituído por avaliação breve dum currículo sucinto e, muito principalmente, por provas clínicas. O exame e o júri deverão ser hospitalares, sendo um dos membros o patrono do candidato e um outro um representante da Ordem dos Médicos. A aprovação deve, em meu entender,

ser válida para a promoção na carreira dos hospitais e para a integração no colégio da especialidade da Ordem.

Estas hipóteses de soluções têm uns **pressupostos** ou condições básicas.

Ressalta a necessidade de bons profissionais, em número suficiente, nos hospitais centrais, os que têm maior capacidade de ensino. Isto nada tem contra a guarnição **adequada** de médicos dos hospitais periféricos!

Mas terá sempre de haver um recurso último na cadeia assistencial curativa e não faz sentido que todos os distritos tenham hospitais com equipamentos caríssimos e quadros altamente diferenciados nas múltiplas valências médicas, para tratar um caso de seis em seis meses. Portugal é um país de 500 Km no sentido da latitude e de 200 Km no sentido da longitude (em números redondos), acrescido de dois pequenos arquipélagos atlânticos, com uma população total na ordem dos dez milhões de habitantes. Três, talvez quatro centros médicos multivalentes (é provável que o Algarve merecesse o quarto) e dois hospitais de média diferenciação para os Açores e Madeira, servidos por boas ligações viárias e aéreas, serão, com certeza, suficientes. Parece obviamente néscio imaginar a criação duma unidade de LDL-afereze em Bragança, ou dum centro de transplantação de órgãos em Portalegre.

Também não faz sentido enviar para Bragança o médico com diferenciação em LDL-afereze, ou deslocar para Portalegre o cirurgião especializado em transplantação cardíaca, onde logicamente não haverá necessidade deles. Ou colocar em sedes de concelho outros especialistas que só renderão integrados numa equipa médica que não há, actuando em instalações que também não há, apoiados por enfermagem igualmente inexistente e não dispondo de instrumental e técnicas complementares que a estrutura sanitária, centro de saúde ou pequeno hospital, seguramente não possui. Muito melhor será garantir que essas localidades possam prestar cuidados de emergência a politraumatizados, assistir a um parto, apoiar certos doentes crónicos e dependentes, vigiar o desenvolvimento das crianças e a involução dos senescentes.

Os hospitais centrais, por seu turno, deverão reunir as condições pluridisciplinares e os equipamentos para tratar o grande enfermo e o grande traumatizado, que receberão por transporte rápido em

veículos adequados, com acompanhamento indicado. Para que os hospitais centrais cumpram essas funções de elo final da corrente curativa, é imprescindível **não lhes esvaziar os quadros clínicos**. São eles que garantem assistência e ensino dos futuros quadros, se o “clausus” não reduzir em poucos anos os novos médicos a elementos vestigiais.

Outro pressuposto para um bom ensino é a continuidade do **estudo de vocações** dentro das enfermarias, no decurso do próprio internato, para tirar o maior partido de médicos de perfil assistencial e de médicos de perfil pedagógico.

Finalmente, é fundamental **não lançar em hospitais periféricos**, cuja idoneidade didáctica não está definida recém-licenciados que precisam de formação clínica orientada, acarinhada. Tal é, seguramente, um mau serviço à saúde pública, a prazo médio a longo.

É também um convite à degradação e desmotivação de jovens talentos, não sendo improváveis atitudes de desistência ou até de desespero. E isto, deixando de parte a discussão que poderia fazer-se da medida em que colocações compulsivas representam uma violação da liberdade garantida pela lei fundamental, a Constituição da República.

- *Dados estatísticos do Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria (Director: Prof. Manuel Barbosa).*
- *Atribuída a A. Feinstein e também a outros. A tradução livre desta máxima sobre computadorização mal concebida poderia ser: se introduzires no computador dados mal tratados, a tua ulterior consulta dar-te-á coisas sem interesse. Ou, à letra: “metes lixo ... sai-te lixo”.*
- *Dados publicados pelo autor. O Médico, 1983;106: 658-669.*
- *Citado por José-Augusto França. In “A Arte em Portugal no Século XX”; 2ª edição, pág. 77.*
- *Comunicação pessoal.*
- *Referências múltiplas, na imprensa médica e não médica.*