

A extraordinária expansão da rede escolar e, consequentemente, o excesso de graduados determinou o desvirtuamento dos cursos de pós-graduação e de profissionalização, principalmente da residência médica.

Atualmente temos plethora de graduados, de residentes e alunos de pós-graduação e, muito breve, teremos de médicos e docentes mal preparados, sem que o mercado de trabalho consiga absorvê-los. Para resolver a situação, impõem-se uma revisão do currículo de formação, restrição ao acesso aos cursos de pós-graduação, senso restrito, e à residência médica, e um incentivo aos cursos de aperfeiçoamento e atualização — pós-graduação senso amplo. Paralelamente, uma redistribuição racional dos médicos do País e reformulação da atividade dos mesmos, suprimindo-se a acumulação de empregos e desestimulando a superespecialização, proporcionando ao mesmo tempo uma adequada remuneração.

A proliferação desordenada de escolas médicas acarretou uma série de distorções, entre as quais: carência de pessoal docente qualificado e a falta de leitos hospitalares para ensino adequado que atingiram proporções alarmantes.

Como corolário da queda do padrão de ensino médico, passou a ganhar terreno a residência médica implantada em nosso meio a partir da década de 40, nos moldes do sistema proposto por Willian S. Halsted nos fins do século passado nos Estados Unidos. A residência, de simples estágio profissionalizante, passou a se desvirtuar e ser ministrada à maneira de um curso supletivo da graduação mal estruturada e saturada em consequência do elevado número de alunos. Desta forma, foi constatado um fato até certo ponto previsto mas não evitado: os excedentes de vestibulares foram substituídos — o que é muito pior — pelos excedentes do curso de graduação em Medicina, completamente despreparados para o exercício da profissão. Ano a ano aumenta o número de candidatos à residência médica, tornando-se hoje um grave problema o fato de haver médicos despreparados e sem oportunidade de emprego.

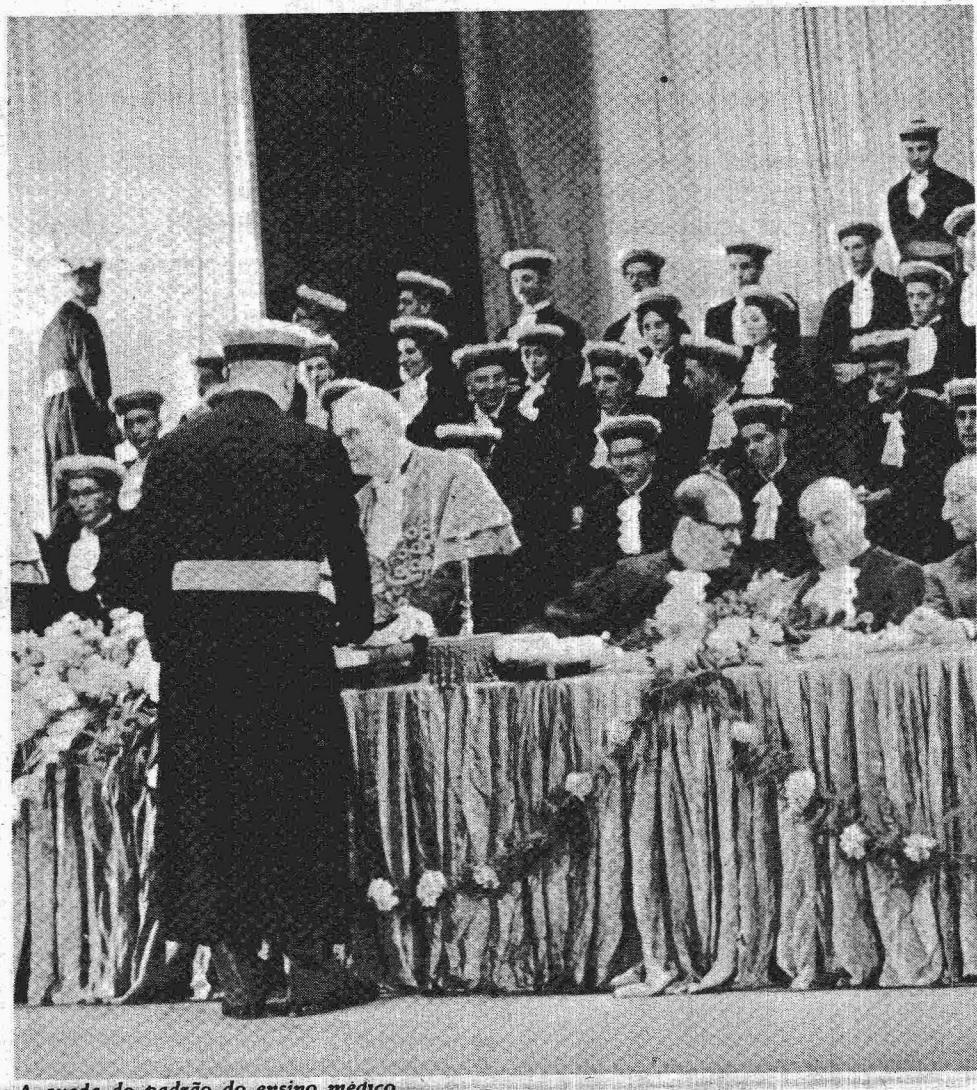
Sem o título de residente, obtido em hospital conceituado, a possibilidade de emprego atualmente é muito reduzida, daí o acesso à residência constituir um segundo exame de vestibular. Paradoxalmente, o número de vagas nas escolas foi aumentando e reduzindo a capacidade dos hospitais de proporcionarem uma residência adequada e, cedendo a pressões idênticas, aumentaram as vagas na residência médica, através de residência em hospitais inadequados, sem que o número de leitos hospitalares e de docentes, aumentasse proporcionalmente, gerando o melancólico quadro atual, isto é, a residência médica transformada em um "mau curso supletivo" com os mesmos problemas, corpo docente reduzido e muitas vezes despreparados, alunos desmotivados e de baixo padrão, não conseguindo obter um preparo profissional adequado. De tal modo o atual residente é inseguro, que procura através de órgãos da classe, condições materiais e previdenciárias idênticas às dos médicos comuns, sabidamente insatisfatórias.

A persistir a presente situação, a residência médica tem seus dias contados, desaparecerá e o aprendizado e adestramento profissional em medicina será idêntico às demais profissões. O curso de graduação e a residência em nosso país tentam preparar médicos destinados a cuidar de casos raros e a usar sofisticados equipamentos, ao invés de se preocuparem com os problemas comuns da população. O prestígio social da profissão médica é demonstrado pelo elevado número de escolas médicas em relação às demais escolas destinadas a formar enfermeiras, nutricionistas, etc. Em um ano formam cerca de 9.000 médicos, cifra esta correspondente a quase que a totalidade de enfermeiras no País em 1976, isto é, cerca de 10.000. Hoje em dia encontramos a situação paradoxal de termos, em determinados hospitais, mais médicos do que enfermeiras, invertendo a relação ideal de um médico para cada quatro ou cinco enfermeiras.

Com a finalidade de formar, a curto prazo, novos docentes e pesquisadores, começaram a ser organizados em todo o País, a

# Medicina: da graduação ao exercício profissional

Erasmo Magalhães Castro de Tolosa



A queda do padrão do ensino médico

partir de 1970, cursos de pós-graduação, senso restrito, com a finalidade de formarem mestres e doutores. Numerosos projetos de pesquisa e ensino transformaram-se em maus programas de pós-graduação para as áreas básicas; têm um sentido exato e podem ser mais controlados em relação à demanda e à qualidade, visando formar pesquisadores e docentes de elevado nível. Nas áreas profissionais como a medicina o mesmo não ocorre, apresentando os mesmos problemas da graduação e da residência, onde a formação especializada precoce constitui o denominador comum aliado ao falso conceito existente em nosso meio de que o título docente constitui uma forma de prestígio profissional, levando o portador a galgar posições profissionais e ampliar a pequena clientela particular, símbolo da medicina liberal em vias de extinção. Para a pós-graduação converge grande número de médicos sem pendor para o magistério e pesquisa, mas ávidos em conquistar mais um diploma, que segundo eles poderá abrir caminho no difícil e sinuoso mercado de trabalho atual. Ao contrário de outros países onde o título profissional é extremamente valorizado, inclusive para o magistério das áreas profissionalizantes, onde o pré-requisito fundamental é a vivência e o preparo profissional. Brevemente teremos mestres e doutores em cirurgia que não sabem operar adequadamente um paciente... O ingresso aos cursos de pós-graduação não está na razão direta do pendor para docência e pesquisa, mas, na maioria dos casos, para atenuar a insegurança e a falta de preparo que não conseguiram com a graduação e a residência. O curso médico passa a ter na realidade doze anos de duração, sem contudo preparar adequadamente o médico.

Em decorrência do já comentado excesso

actual, rigorosamente seguido para o número restrito de alunos com vocação para a pesquisa e docência, sem dúvida será satisfatório e ideal, mas essa não é a realidade na prática; é confundido com um curso de especialização dotado de elevada carga teórica, destituído de programas de pesquisa, estágio repetitivo da residência.

A pós-graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo foi implantada a partir de 1972 e sofreu desde o início uma solicitação muito grande por parte dos graduados que estavam terminando a residência médica e na maioria não se sentiam seguros ou tinham a impressão que o título de pós-graduação daria um melhor acesso a empregos. Apesar da resistência da Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a massificação ocorreu e até o 1º semestre de 1978, contava com 554 alunos, tendo o curso de graduação 1.200 e a residência do Hospital das Clínicas pouco mais de 500 alunos.

Analisando o desempenho dos pós-graduandos desde 1973 até o fim do primeiro semestre de 1978, evidenciou-se o mesmo fenômeno que ocorreu em outras unidades da USP e em outros centros de pós-graduação do País. Significativo número de alunos, 26,5% completaram os créditos e fizeram qualificação e apenas 7,5% completaram o curso e conseguiram diploma de pós-graduado. A simples verificação enfatiza que, após completar os créditos, o aluno se afasta do ambiente universitário, tendo em vista o prazo de cinco anos para defender sua dissertação ou tese e a inexistência de condições de pesquisa ou falta de motivação para continuar junto à área de pós-graduação que escolheu. Perdem a Universidade e o próprio aluno tempo e recursos econômicos. A massificação atinge tal índice que impede um contato adequado entre o coordenador e os orientadores e destes com os orientados, sendo esta última relação alicerçada da pós-graduação. O plano de mestrado e doutorado sofreu, no decorrer do curso, modificações estruturais, visando a obtenção mais rápida dos créditos e não a melhorar a capacitação docente do pós-graduando.

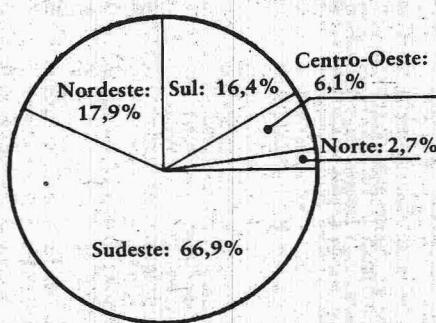
Chegamos então à triste situação de termos uma medicina que não serve nem ao doente nem ao médico, e um magistério que não motiva nem o aluno nem o professor. Um custo elevado para uma prestação de serviço não satisfatório, gerando conflitos, desconfiança do doente e um motivo constante de interesse jornalístico, além de serem exigidos dos órgãos responsáveis medidas para corrigir essas distorções.

Apesar de quase todos clamarem pela redução do número de escolas médicas, diminuindo com isto o número de graduados, como o curso médico tem a duração de seis (6) anos, os benefícios somente serão sentidos a médio prazo. Sacramento (vide "Médica", de julho de 1978), em interessante pesquisa, demonstra que mesmo mantido o atual número de graduados por ano, a relação médico/população tende a um equilíbrio nas próximas décadas. Contudo, esta relação médico/população não traduz a realidade, tendo em vista a distribuição desigual dos médicos que se concentram nas regiões mais favorecidas. Na cidade do Rio de Janeiro, cada médico, teoricamente, atinge 419 habitantes. Acreditamos que somente com a melhoria sócio-econômica das regiões menos favorecidas, possa haver uma redistribuição de médicos e uma relação médico/habitante real. Além da evolução sócio-econômica natural pode e deve o governo intervir e artificialmente proporcionar incentivos para que o médico se localize nas regiões menos favorecidas, incentivos estes análogos aos proporcionados aos setores econômicos no norte e nordeste do País. O montante de incentivo deverá variar em relação ao tipo de profissional, isto é, os de formação geral teriam maiores incentivos do que os especialistas e, dentre estes, os que faltassem à região. A redistribuição compulsória, além de utópica, é demagógica e não tem viabilidade prática.

Além da adequada distribuição de médicos, paralelamente necessitamos, intervir no preparo e reciclagem dos profissionais. Revisão dos currículos médicos, a maioria inade-

de alunos de graduação, da ascenção e queda da residência, certamente ocorrerá na pós-graduação a massificação, baixo rendimento, e produção de mestres e doutores despreparados e desmotivados, sem mercado de trabalho para absorvê-los. O modelo de pós-graduação

Distribuição Percentual dos Médicos Pelas Grandes Regiões Brasileiras — 1977



Relação entre o número de médicos ativos e a população brasileira

Anos	População Brasileira	Número de Médicos	Relação Habitantes Médico
1950	51944397	22114	2349/1
1960	70119071	30573	2293/1
1970	93139037	47080	1978/1
1971	95993400	49209	1951/1
1972	98690200	51700	1909/1
1973	101432600	55709	1821/1
1974	104243300	60929	1711/1
1975	107145200	67128	1596/1
1976	110123500	73734	1494/1
1977	113208500	80532	1406/1
1978	116393100	87720	1327/1
1979	119670000	94939	1260/1
1980	123032100	101495	1212/1

quadros e desfasados da realidade do mercado de trabalho. Reformular os conceitos antiquados de prestígio social da profissão, desvinculando-a da necessidade de obtenção de títulos acadêmicos. Cerca de 5% de graduados em medicina têm interesse em abraçar o magistério e a pesquisa. Para essa parcela da população de graduados é que se destinou os cursos de pós-graduação, senso restrito, portanto urge impedir a massificação dos mesmos, evitando perda de recursos econômicos e a superpopulação de docentes mal preparados e desmotivados. Devemos dar mais ênfase à pós-graduação, senso amplo, melhorando-se as residências médicas, os cursos de aperfeiçoamento, especialização e atualização, fazendo da reciclagem periódica um hábito entre os profissionais da medicina. Os órgãos de classe e as sociedades médicas devem exercer um papel fiscalizador no preparo e atualização do profissional.

Finalmente, considerando a saturação atual do mercado de trabalho, acreditamos que deva ser revogado o artigo constitucional que permite ao médico e ao professor acumularem dois cargos públicos, tendo em vista que o INAMPS absorve cerca de 90% da mão-de-obra. Desta forma, o médico exerce apenas um cargo com uma jornada de trabalho compatível, menos desgastante física e psicologicamente, proporcionando melhor atenção ao paciente.●

## Revistas médicas

Vicente Amato Neto

São publicadas no Brasil, atualmente, várias revistas médicas. Elas, basicamente, correspondem a dois tipos fundamentais: a) as destinadas à comunicação de fatos científicos, decorrentes da análise de casuísticas, de experimentações e de observações científicas de diversas naturezas; b) as que pretendem sobre tudo divulgar conhecimentos, possuindo então intuições acima de tudo didáticos e ligados ao aprimoramento de profissionais. Para facilitar a explanação, no decurso destes comentários as primeiras serão designadas como RMC e as segundas como RMD.

Muitos problemas estão em foco, presentemente, quanto ao exercício da Medicina no Brasil. Assim, saber que tipo de médicos as Faculdades devem formar, estabelecer contexto realístico para que o povo possa concretamente ser assistido, reconhecer melhor o valor do trabalho dos facultativos, preparar estrutura sanitária na qual prioridades marcantes não fiquem esquecidas, destinar mais recursos para os labores relativos à saúde pública, organizar numerosos laboratórios governamentais, aprimorar o respeito à Lei de Vigilância Sanitária, intensificar a aplicação do Programa Nacional de Imunizações, combater o uso abusivo de medicamentos, coibir o emprego de ineficazes remédios populares, reprimir o charlatanismo e proibir o atendimento que farmacêuticos ou até simples balonistas de Farmácias prestam a doentes, são exemplos de questões agora dignas de atenção. Paralelamente, creio que chegou o momento de abordar, com coragem, o espírito construtivo, a situação de periódicos que imprimem e disseminam, entre acadêmicos e médicos, acontecimentos referentes à Medicina.

através de diferentes itens, citarei circunstâncias relacionadas com essas revistas, procurando contribuir para melhor conhecimento do tema, para alertar os desatentos a propósito do que elas fazem e para estimular colegas a empreenderem idêntica e certamente mais completa focalização.

A) As RMC editadas por instituições universitárias e por associações científicas habitualmente procedem de forma a respeitar a verdade, não aceitam matérias pagas, atuam progressivamente em benefício da ciência médica e quase sempre recorrem à ajuda de Conselhos atuantes e constituídos por respeitáveis membros. Nelas, a inclusão de textos inadequados e meramente promocionais é

accidental e, creio, motivada por descuido ou acidente. Entre elas, a título de ilustração, lembro a Revista da Associação Médica de Minas Gerais, a Revista da Associação Médica Brasileira, a Gazeta Médica da Bahia, a Revista do Hospital das Clínicas (de São Paulo), os Arquivos Brasileiros de Cardiologia, os Arquivos de Neuro-Psiquiatria e a Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo. Tais periódicos, em virtude dos elevados custos atuais do papel e dos trabalhos gráficos, lutam muito para sobreviver e não podem elaborar números mais abundantes, de molde a acolher as múltiplas solicitações de estudiosos e pesquisadores.

B) É triste reconhecer e denunciar que certas RMC, produzidas por particulares, têm primordialmente desígnios lucrativos, agasalham textos pagos, possuem Conselhos destinados a conceder ilusória sensação de organização e pujança, dependem quase que integralmente do dinheiro proveniente da indústria farmacêutica, vendem anúncios ostensivamente conectados com as matérias publicadas, comercializam separatas encomendadas puramente em função de interesses propagandísticos, mencionam tiragens fictícias e, inclusive, cedem partes para a apresentação de coisas concernentes a Bancos, turismo e organizações alheias à Medicina, para não perder a oportunidade de atuar financeiramente junto a médicos e a estudantes. A Folha Médica, a Revista Brasileira de Medicina e a Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica constituem paradigmas das revistas desse naipe.

C) Considero, teoricamente, que as RMD são aptas a prestar bons serviços, uma vez que têm condições de levar, a grande número de médicos que se encontram na linha de frente do trabalho profissional, informações úteis, dentro de labor didático e tendente a fornecer revisões, opiniões e dados acerca de novos progressos e conhecimentos. No entanto, para alcançar esses objetivos, devem buscar apoio em Conselhos verdadeiramente ativos e contar com colaboradores de fato capacitados, experientes e capazes de prestar auxílio de reconhecidos méritos. Como intenções essencialmente materiais, freqüentemente prevalecem, a viável e construtiva finalidade nem sempre ocorre. Os Conselhos afiguram-se simbólicos e profissionais competentes, não remunerados pelos artigos fornecidos, deixam de ajudar, sendo substituídos por pessoas incapazes de preparar matérias sem dúvida ilustrativas e orientadoras. Com o fito de angariar anúncios, comumente há elaboração de edições classificadas como especiais, surgindo nexo entre textos e remédios, sem abordagem dos temas por indivíduos inegavelmente capacitados. Essas RMD podem corresponder a veículos bastante produtivos em termos de ensino e divulgação, em área territorial enorme e junto a enorme quantidade de médicos; é necessário, porém, que corrijam algumas impropriedades e cheguem a participar de maneira sempre elogiável. Clínica Pediátrica, Jornal Brasileiro de Medicina, Atualidades Médicas, Medicina de Hoje e Ars Curandi são exemplos de RMD; a última, de forma que me agrada muito, encerra na coluna, que anuncia a natureza do órgão, a frase "não aceita, em seu espaço redacional, matéria paga".

D) Estou convencido de que merecem crédito, de um modo geral, as RMC patrocinadas por Universidades, instituições científicas e associações médicas. Só excepcionalmente firmas privadas, nesse campo, contribuirão com honestidade, altruísmo e compreensão dos imaculáveis fins da Ciência. Quando o interesse superior é o ganho, torna-se fácil conceder, arrefecer, esmorecer e agir conforme criticável compostura.

E) No Brasil, para o licenciamento de especialidades farmacêuticas, o Serviço Nacional de Medicina e Farmácia exige que publicações a cargo de pessoas dedicadas no País documentem os processos. Essa conduta leva muitas vezes a indústria farmacêutica e determinados profissionais à adoção de providências consumadas rapidamente e imperfeitas, como ainda ao preparo de comunicações de valor e veracidade questionáveis.

F) É curioso e lamentável referir que, nos meios científicos respeitáveis, com certa frequência se faz menção a "pesquisas" publica-

das mas que nunca foram realizadas, e a elementos que aceitam "encomendas", apondo seus nomes em textos simplesmente comprados por interessados. Pessoalmente, já documentei eventos dessa estirpe e, na ocasião oportunamente, se necessário, eles serão especificados.

G) Vejo com muita alegria a atividade que uma pléiade de médicos está levando a cabo. Trata-se da equipe que compõe a ABMAIF (Associação Brasileira dos Médicos Assessores da Indústria Farmacêutica), muito laboriosa no sentido de trabalhar cada vez melhor sob o ponto de vista médico-científico. Esses colegas procuram equacionar diversas dificuldades, como a que diz respeito ao relacionamento com os Departamentos de Vendas e Propaganda, das firmas farmacêuticas. Provavelmente eles terão sucesso e adicionarão elogiáveis conquistas ao respeitável trabalho que executam. Uma delas talvez venha a ser a produção de revista de alto nível e independente de influências exclusivamente comerciais.

Associações científicas, autoridades governamentais e políticos acertarão se promoverem inquéritos a respeito das revistas que maculam a dignidade obrigatoriamente inerente às atividades médico-profissionais. Deixar que elas continuem em vigor representa afronta a qualquer intuito progressista e à lealdade devida aos que confiam nos construtivos benefícios da Ciência.●

## Relacionamento do enfermeiro com o paciente

Nara Sena de Paula

**"O Relacionamento Dinâmico Enfermeiro/Paciente. Função, Processo e Princípios"**, de Ida Jean Orlando. Editoras EPU e EDUSP. Praça Dom José Gaspar, 106 — 3º andar — Caixa Postal 7509, 01000 — São Paulo, Brasil. 1978. Traduzido por Alina Maria de Almeida Souza, 110 páginas. Cr\$ 90,00.

Este livro foi oportunamente traduzido para o português. Vem preencher uma lacuna existente no Brasil de bibliografia em Enfermagem e, em especial, sobre a atuação real do enfermeiro no desempenho de suas funções de caráter eminentemente expressivo, ou seja, de relacionamento direto enfermeiro/paciente.

A abordagem apresentada por Ida Orlando, ao relacionamento dinâmico enfermeiro/paciente, é muito feliz, pois se refere à atuação eficaz do enfermeiro às necessidades do paciente.

Embora o original date de 1961, já em sua 16ª impressão, em nosso meio continua sendo atualizado e deve servir de livro-texto para alunos de graduação e pós-graduação em Enfermagem, para docentes e profissionais de campo em qualquer área de Enfermagem.

O livro tem uma forma de apresentação agradável à leitura, que empolga e envolve o leitor ou estudioso do assunto, por ser todo ele baseado em situações reais, descritas com simplicidade, concisamente e destacando o ponto central, crítico, a ser analisado, do relacionamento dinâmico enfermeiro/paciente.

O enfoque dado ao relacionamento enfermeiro/paciente no sentido do primeiro procurar dar atendimento às necessidades do paciente para garantir o seu conforto físico e mental, tanto quanto possível, traz uma abertura para o desenvolvimento de teorias de enfermagem nas quais o foco central seja o paciente. Necessidade é definida operacionalmente pela autora como um estado de carência do paciente que, quando suprido, alivia ou diminui o seu problema imediato ou aumenta o seu sentido de adequação e bem-estar.

A importância de se encontrar, por todos os meios diretos ou indiretos, as necessidades

reais dos pacientes, é enfatizada durante todo o trabalho. Assim, o objetivo da enfermagem é apresentado como sendo o de suprir a ajuda que o paciente requer para satisfazer suas necessidades e que o enfermeiro assume a responsabilidade profissional de detectar e aliviar impedimentos ao conforto físico e mental do paciente.

Evidencia a importância de o enfermeiro expressar e explorar a sua própria reação e a do paciente, para detectar as necessidades deste, bem como a de deixar transparecer o que sente e a de permitir que o paciente expresse suas necessidades pela construção de um relacionamento dinâmico, de tal forma que o paciente possa sentir-se seguro de se fazer ouvir e de confiar em quem lhe ouve. Ida Orlando dá ênfase, na sua colocação do relacionamento dinâmico, à observação pelo enfermeiro das comunicações verbais e, em especial, às não verbais, para que o processo de interação seja eficiente.

As atividades de enfermagem podem ser eficazes ou ineficazes, assim como o comportamento do paciente pode ser ineficaz para o processo de ajuda, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade de detectar as ações ineficazes dentro do relacionamento, para provocar a mudança de comportamento e solucionar o problema de enfermagem surgido.

A autora considera, ainda, que a atividade do enfermeiro pode ser desenvolvida de duas formas: automática ou deliberativa. Analisa por que coloca o processo automático de ação do enfermeiro como ineficaz para ajudar o paciente, enquanto considera as ações desenvolvidas deliberadamente como eficazes no relacionamento de ajuda.

Em todas as ilustrações citadas de experiências vividas junto ao paciente, Ida Orlando atesta que só foi possível a resolução do problema de enfermagem, quando o enfermeiro foi capaz de dizer o que sentia e de fazer perguntas diretas ao paciente, para obter uma resposta que tornasse possível a sua ajuda. Quando o enfermeiro não explora com o paciente a sua reação (expressa ou não expressa) parece quase certo que a comunicação clara entre estes dois elementos se interrompe.

A idéia que permanece no leitor de "O Relacionamento Dinâmico Enfermeiro/Paciente" é a de que o modo de resolver os problemas de enfermagem é o seguinte: — o enfermeiro deve colocar-se em disponibilidade real para o paciente, dizendo como se sente a respeito do problema, como está percebendo o problema e explorar diretamente junto ao paciente a causa e possíveis soluções para atender a necessidade do paciente.

A leitura deste livro é indispensável para todos os enfermeiros, pois possibilita aprimorar seu relacionamento com os pacientes.●

## A formação teórica da enfermeira

Paulo Roberto Barbosa Évora

**"Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva"**, de Alice Martins Gomes. Editora Pedagógica Universitária Ltda. e Editora da Universidade de São Paulo. 153 páginas. São Paulo, 1978, Cr\$ 140,00.

É bem definida, em nosso país, a deficiência de pessoal graduado e técnico em enfermagem. Há necessidade quantitativa e qualitativa de enfermagem padrão, como condição básica para a formação de "técnicos" e "auxiliares" de enfermagem.

Na realidade brasileira atual, são de suma importância planos de formação de pessoal auxiliar, como o projeto em elaboração pelo MEC-INAMPS, projeto este de âmbito nacional, à presença de uma enfermeira graduada e dedicada para a orientação dos candidatos a