

ENSINO MÉDICO

A Associação Brasileira de Educação Médica preocupada em definir as habilidades do médico geral programou, com o apoio da Fundação W.K.Kellog, a realização de duas reuniões de alto nível a serem realizadas — a 1a. no Paraná, a fim de tratar de assuntos de Medicina Interna e Saúde Mental — e a 2a. na Bahia, onde serão abordados os aspectos de ensino no Setor Materno-Infantil.

A do Paraná realizou-se nos dias 27, 28 e 29 de maio, no Setor de Ciências da Saúde da Universidade do Paraná.

Recebidos pela tradicional fidalguia de Adyr Mulinari, com a organização do Encontro liderada por Alice Rosa, 24 professores de diversas Faculdades de Medicina do Brasil discutiram os conteúdos e estratégias do ensino, que deverão ser aplicados em busca de uma melhor formação do médico geral.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre e a Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul enviaram professores pertencentes a seu corpo clínico e docente a fim de trazerem as conclusões finais do Encontro realizado.

A Coordenadoria da Regional Sul da ABEM entendendo ser de grande utilidade a todos os docentes preocupados em bem orientar o ensino médico, publica aqui, na íntegra, o relatório redigido pelo Prof. J.P. Lopes Pontes da Universidade Federal do Rio de Janeiro referente ao Encontro.

Para tanto contou esta Coordenadoria com a permissão e a colaboração de Alice Rosa (Diretora Executiva), a quem enviamos nossos agradecimentos extensivos ao Prof. Clementino Fraga Filho, nosso Presidente.

Prof. Nilo A. Milano Galvão, Coordenador Regional Sul da Associação Brasileira de Educação Médica — ABEM. ●

Associação Brasileira de Educação Médica

Projeto Preparação do Médico Geral

Apoio: Fundação W.K.Kellog

SUBSÍDIOS AO ENSINO DA CLÍNICA MÉDICA E DA PSQUIATRIA

1. Médico Geral, ou Clínico Geral

Discutiu-se, de início, a conceitualização de médico geral e clínico geral. Recordou-se que, há muitos anos, desde a fundação da Associação Brasileira de Educação Médica, em seguida à 1a. Conferência sobre Ensino da Clínica Médica, realizada em Salvador, em 1961, o assunto tem estado na pauta dos congressos nacionais e reuniões dessa Associação.

De novo vieram à tona as conotações semânticas e as acepções que o uso emprestou às duas expressões.

Sublinhou-se a tradição brasileira que identificava no clínico geral, sobretudo no interior do País, o policlínico que atendia a adultos e crianças, prestava assistência obstétrica e realizava atos cirúrgicos. De regra, esse profissional assumia responsabilidade global pela saúde do indivíduo, da família e, em certa medida, pelo bem estar de uma comunidade, especialmente quando era o único médico de uma região. Com o passar do tempo, a imagem do clínico geral modificou-se, pelo menos nas cidades, confundindo-se com o internista, ou seja, o clínico não especializado. Nos últimos anos, surgiu a expressão médico geral, na acepção que antes se atribuía ao nosso clínico geral e que, em alguns países ocidentais, corresponde ao prático geral (*general practitioner*) ou ao médico de família. Em resumo, entre nós, "o clínico geral do passado é o médico geral de hoje".

Aprofundando a análise das semelhanças e diferenças entre o clínico geral e o médico geral, houve consenso de que este se distingue pela atuação mais abrangente: sua prática inclui atividades de clínica médica, pequena cirurgia e assistência materno-infantil. Sem dúvida, a clínica médica não corresponde a todo o campo de atuação do médico geral, mas é sobre ela que deve assentar, em grande parte, a formação desse tipo de profissional. Tanto para o médico geral, como para o clínico geral, são essenciais as ações de natureza preventiva e a preocupação com os aspectos psicossociais da saúde e da doença.

De nenhum modo, porém a formação geral, abrangente, poderá resultar em prejuízo da qualidade e rebaixamento dos padrões de desempenho assistencial. Mecanismos de educação continuada devem ser assegurados, bem como possibilidade de acesso e progressão em carreiras profissionais e acadêmicas, complementando a formação de médicos gerais, sobretudo preconizada para os países em desenvolvimento.

Às diferenças entre o médico geral e o clínico geral contrapõem-se importantes semelhanças. Entre as características que os aproximam, além da visão global do paciente e dos problemas da comunidade, está a atuação essencialmente em nível de cuidados primários, ainda que ambos, sobretudo o clínico geral, possam e devam estendê-la ao nível secundário, segundo os recursos e as circunstâncias do exercício profissional.

Outro ponto em que ambos se identificam é a continuidade do atendimento, de forma a estabelecer uma relação permanente cujo modelo nos foi deixado pela tradição do médico de família.

Seja qual for seu ulterior destino vocacional, a formação geral do médico é fundamental, e nesse sentido não seria apropriado abandonar a expressão medicina geral, que representa

hoje uma reação suscitada por uma medicina apenas, ou excessivamente especializada.

Em resumo, inclusive para não agravar a confusão que resultaria da introdução de novos termos, considerou-se conveniente manter as expressões médico geral e clínico geral, com as diferenças e semelhanças indicadas, como expressões de uso universal, enraizadas na tradição brasileira.

2. Posição da Escola Médica em Relação à Formação do Clínico Geral e/ou do Médico Geral

Foi o tópico mais demoradamente debatido e que, em vários momentos, trouxe de novo à baila os conceitos de médico geral e clínico geral.

Além da reação contrária à especialização prematura, inadmissível durante o curso de graduação, a formação médica geral constitui a resposta mais adequada da escola médica às necessidades globais de saúde da comunidade.

Na linha de orientação para o desempenho, e não só para o conhecimento, há muito se vem insistindo na conveniência de proporcionar o contato do aluno com as realidades da prática assistencial desde as primeiras etapas do curso de graduação.

O local de treinamento representa parâmetro de magna relevância para a aprendizagem e desde 1974, o documento n. 2 da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura recomenda que os estudantes não fiquem confinados ao Hospital Universitário, mas sejam levados a outras unidades de serviço — para que se adaptem a realidades mais representativas de sua futura atividade profissional. Mais uma vez, salientou-se a distância que ainda separa os órgãos formadores e utilizadores de recursos humanos para a saúde apesar das determinações da Lei 6229, de 17 de julho de 1975, que criou o Sistema Nacional de Saúde. Pena é que as diretrizes aí estabelecidas, salvo raríssimas exceções, não se tenham concretizado. A integração docente-assistencial e a regionalização dos serviços de saúde melhorariam substancialmente as possibilidades de aprendizado, com vantagens correlatas para o atendimento.

A utilização de unidades locais, ou regionais, de saúde em programas experimentais de iniciativa de escolas médicas em alguns Estados, inclusive sob a forma de internato rural, confirma os recíprocos benefícios que

daí advém para o ensino e para a comunidade.

A posição da escola médica resume-se, pois, no compromisso que advém da sua responsabilidade institucional como organismo formador de recursos humanos capacitados para a reabilitação, recuperação e promoção da saúde, de acordo com as peculiaridades locais e regionais e no contexto de ações multi-profissionais e setoriais. Em qualquer circunstância, a formação geral do médico deve constituir o objetivo primordial do curso de graduação.

3. Perfil Profissional do Médico Geral

Em grande parte esse perfil foi traçado nos tópicos anteriores, quando se ressaltou a prevalência do atendimento de primeira linha e sua continuidade ao longo de um relacionamento duradouro, a preocupação com as ações de natureza preventiva e a capacidade para a plena utilização dos recursos disponíveis de saúde. Todos e cada um desses atributos devem adaptar-se às circunstâncias conjunturais: tradições, fatores ecológicos, econômicos e sociais.

O conhecimento da epidemiologia local, através de diagnósticos de prevalência, gravidade, urgência e possibilidade de controle da morbidade, condiciona decisivamente a prática médica em cada lugar.

Sob esse aspecto, existem diferenças marcantes entre as várias regiões do País, a exemplo do contraste entre as grandes cidades industriais do Sul e a precariedade das condições de vida na imensidão amazônica onde as doenças infecciosas representam oitenta por cento dos problemas de saúde comunitários. Ali, até a própria patologia infecciosa assume aspectos peculiares em função de variados fatores coincidentes, como acontece com a febre negra, singular associação de hepatite viral e desnutrição.

É óbvio que a escola médica em cada região terá como objetivo final do curso de graduação um perfil profissional próprio, condicionado a padrões de desempenho diretamente determinados pelas realidades locais. A flexibilidade curricular não é desejável somente para os alunos de cada escola, mas também para as diferentes escolas, considerada a diversidade de situações brasileiras.

A preocupação com os problemas locais e a ênfase em preparar médicos aptos a lidar com as doenças

prevalentes não significam limitar o conhecimento ao que é mais comum no sentido de trivial e, sobretudo, jamais devem por em risco a formação científica indispensável a qualquer médico, fundamentada no estudo das ciências básicas.

De nenhuma maneira pode a medicina perder a essência e o cunho científicos. Muito ao contrário, cabe valorizar a atitude lógica e a utilização da metodologia científica, mais do que nunca necessária na diversidade de problemas e de recursos que o profissional de saúde é chamado a enfrentar. Por outras palavras, preparar para lidar com a patologia e a prevenção em cada comunidade, mas "de forma que o social não prejudique o científico". Sob esse aspecto, a educação continuada em face dos constantes progressos da medicina é tão indispensável ao médico geral, quanto a qualquer especialista, como instrumento de permanente atualização e de bom nível de desempenho profissional.

4. Competência do Médico Geral

Estabelecer a competência equívale a desenhar, através do desempenho, o perfil do médico geral. Aqui cabe, entretanto, o reparo de que o desempenho só se identifica com a competência quando eficiente, oportuno, completo e adequado em relação a todos os componentes de uma situação problema.

A competência expressa-se, pois, pela capacidade de bem executar e integrar os procedimentos sobre os quais assentam as atitudes e decisões correspondentes a cada nível de atuação profissional. Identificar as ações e procedimentos próprios do médico geral representará a maneira mais objetiva de estabelecer-lhe os padrões de competência.

Algumas considerações preliminares ajudam às definições. O objetivo do médico é o paciente, como pessoa, em relação a qual assume responsabilidade específica, não só quanto à doença, mas também quanto à recuperação, preservação e promoção da saúde, mediante a continuidade da assistência e do aconselhamento. O médico não deve ser apenas o que trata da doença, mas aquele que a previne e concorre para o bem estar do indivíduo, da família e da sociedade. A continuidade do relacionamento proporciona o conhecimento que lhe permite a visão global, holística, do paciente e do seu ambiente familiar e psicossocial.

Ao clínico cabem a orientação e as decisões quanto à oportunidade de atendimento por especialistas, proporcionando nas situações graves e terminais apoio e conselho. A capacidade de relacionamento com o paciente, com a família e com outros profissionais de saúde constitui importante componente do desempenho do médico geral. Tanto como para qualquer especialista, um sólido conhecimento das ciências biológicas, dos processos fisiológicos e fisiopatológicos gerais de saúde e doença, das ciências de conduta e dos aspectos essenciais da relação médico-paciente representa imperativo ao entendimento dos mecanismos patogênicos, da exteriorização, evolução e prognóstico dos processos mórbidos.

No plano dos cuidados primários o exame clínico reveste-se de uma importância que incumbe referir com a maior ênfase. Representa o instrumento por excelência do médico não especializado e a cujo aprimoramento técnico deve dedicar-se com particular empenho. O exame clínico permite a avaliação básica do doente, em qualquer idade e situação, como primeira e insubstituível etapa de todas as decisões ulteriores. O domínio da semiologia dá segurança, mesmo quando são poucos e precários os recursos complementares de diagnóstico. Jamais será bastante valorizada a anamnese para o conhecimento da pessoa e dos distúrbios funcionais que representam parcela considerável da prática clínica. Para utilizá-la devidamente é necessário ao médico saber ouvir e capacitar-se para entender a comunicação verbal e não verbal do paciente. Trata-se de tarefa que tem que ser permanentemente desenvolvida e cujas dificuldades, como o sabem os educadores, afigura-se particularmente árdua aos alunos das primeiras etapas do curso de graduação, desprovidos ainda das técnicas de comunicação e de noções essenciais sobre a exteriorização e evolução das doenças.

Além de dominar o exame clínico, a competência deve incluir a execução instrumental de alguns métodos elementares de diagnóstico e tratamento, sobretudo aquelas de caráter mais urgente, na primeira linha de atendimento. A capacidade de integrar os dados do exame clínico com os subsídios fornecidos pelas técnicas laboratoriais, radiologia e eletrocardiografia tradicionais, é também inerente à atuação desse profissional.

Por fim, nessa ordem de considerações, conforme já foi assinalado, há que adotar critérios flexíveis de competência em função das diferentes situações em que exerce a prática clínica em nosso País, tantas são as variáveis epidemiológicas e a diversidade de recursos locais de atendimento.

Os elementos cognitivos, atitudes e habilidades psicomotoras do médico geral classificam-se nos cinco itens seguintes:

- Conhecimento
- Resolução de problemas;
- Atitudes
- Relacionamento interpessoal
- Habilidades psicomotoras

Conhecimento — representa o embasamento científico indispensável à compreensão dos mecanismos gerais da saúde e dos desvios patológicos pelos quais se manifesta a doença. Trata-se também da formação básica que capacita o médico geral para usar a metodologia científica adequada às situações da sua prática.

Resolução de problema — a competência no exercício clínico exprime-se pela capacidade de resolver problemas através de decisões acertadas. Por isso mesmo, já se definiu o processo educativo como a "aquisição da arte de utilizar o conhecimento" (Whitehead, 1968). A estratégia interdisciplinar é essencial na prática clínica dada a sua natureza complexa e multifatorial.

Atitude — conceitua-se atitude como a postura do médico de acordo com uma concepção holística do homem do qual, mesmo enquanto paciente, respeita-se o direito de participar e de ter o próprio destino em suas mãos, assegurando ao doente a possibilidade de expor suas dúvidas, seus conhecimentos em relação à doença, em função de sua personalidade e vivência.

Compreende-se, neste item, o exercer as atividades profissionais com devotamento e interesse humano, objetividade e consciência das potencialidades, riscos e limitações da medicina, tendo em conta as necessidades do paciente e da sua família, pondo o máximo empenho em obter os melhores resultados dos cuidados assistenciais, sempre prestados de acordo com a privacidade e o compromisso ético imanente a todo ato médico.

Relacionamento interpessoal — tem como um dos seus fundamentos o desenvolvimento de uma atitude afetiva que permita ao médico entender as comunicações verbais e não

verbais do paciente, assim como avaliar a significação dos fatores somáticos, psicológicos e sociais que intervêm tanto na saúde como na enfermidade da pessoa humana. O contato com o paciente deve ter a duração suficiente para permitir a expressão das ansiedades ligadas à doença, à terapêutica e ao prognóstico e que precisam ter, da parte do médico, a responsabilidade clara e sincera, adequada à realidade global do enfermo.

São implícitos: a importância do relacionamento com a família, ministrando-lhes as informações corretas e necessárias, com o objetivo de diminuir a ansiedade que a doença habitualmente desperta;

— a assistência permanente à família e ao paciente, sobretudo, ante as vicissitudes emocionais da morte próxima;

— o respeito e busca de melhor entrosamento com todos os componentes da equipe de saúde, tendo em vista o benefício do doente;

— a realização de todas as tarefas de relacionamento dentro de um sentido ético que limita a influência do médico ao interesse exclusivo da saúde do paciente, respeitando-se sempre a sua privacidade;

— a atitude auto-crítica constante em relação ao próprio desempenho orientadora da necessidade de continuar estudando (auto-avaliação permanente).

Habilidades psicomotoras — além do domínio do exame clínico, cujo valor e implicações foram já encarecidas, deve o médico geral estar capacitado para a execução de alguns procedimentos instrumentais, conforme as circunstâncias de sua prática. A listagem a seguir resume os procedimentos considerados de sua competência:

- oftalmoscopia e otoscopia
- cateterismo vesical e nasogástrico
- punções: toracentese, paracentese, raquicentese
- entubação orotraqueal
- venopuntura
- manobras de ressuscitação cardiopulmonar
- métodos laboratoriais elementares: exame parasitológico de fezes, bacterioscopia de secreções, exame simples de urina, hematócrito, esfregaço de sangue e hematoscopia em gota espessa.

Eventualmente, de acordo com a capacitação individual e a patologia regional, a essa lista se podem acrescentar técnicas como protoscopia, pequenos atos cirúrgicos, a exemplo

de punções-biópsias, biópsias ganglionares etc.

Da relação abaixo, consta o instrumental considerado necessário ao médico geral:

- estetoscópio
- tensiômetro
- lanterna de bolso
- oftalmoscópio
- martelo de reflexos
- sondas para cateterismo vesical, nasogástrico e para entubação orotraqueal
- material para venopuntura
- agulhas para raquicentese
- trocarte para toracentese e paracentese
- material de laboratório para exames químicos imediatos no sangue e na urina (glicose, uréia, creatinina) e para determinação do hematócrito.

5. Diretrizes para o Ensino da Clínica Médica e da Psiquiatria no Curso de Graduação

I — Seleção de conteúdos programáticos

Sem dúvida é a Clínica Médica a disciplina mais ampla e à qual se atribui a maior carga horária no curso de graduação, como etapa indispensável da iniciação clínica, seja qual for o rumo ulterior da atividade pós-graduada. A extensão e a profundidade dos conhecimentos nos vários setores que a compõem levaram à criação de subespecialidades necessárias à prática clínica mais sofisticada. No entanto, no plano dos cuidados primários e secundários, que representam a maioria das demandas da comunidade, constitui um corpo bem definido de procedimentos diagnósticos, terapêuticos e preventivos da inquestionável competência do médico geral.

Em consonância com essa realidade pragmática, torna-se totalmente indesejável a fragmentação do ensino da Clínica Médica em especialidades, ou sub-especialidades. Não só incumbe delimitar as respectivas áreas de atuação do clínico e do especialista, mas é também evidente que a clínica médica como campo de atividade não corresponde a uma soma de setores diferenciados, tendo características e atribuições próprias, já assinaladas neste relatório. Seu ensino deve, portanto, ser integrado, incluindo a Dermatologia, a Neurologia e as doenças infecciosas, em muitas escolas lecionadas separadamente. Nesse sentido, foi enfático e unânime o pronunciamento dos participantes da reunião.

Convém, ainda, que a epidemiologia clínica, com a utilização do método estatístico, e a Psicologia Médica se incorporem precocemente ao aprendizado, de maneira a orientar o estudante no sentido da visão holística e não apenas individualista e organicista da saúde e da doença.

Norteadas por esses princípios e tendo em vista a epidemiologia local, a escolha dos conteúdos pragmáticos surge como uma decorrência natural dos critérios de prevalência, gravidade, urgência, reabilitação e prevenção de doenças. Entre as vantagens inerentes à integração, contam-se a maior facilidade em manter o ensino curricular nos níveis adequados e a supressão de repetições supérfluas com apreciável economia da carga horária didática. O que mais recomenda o planejamento integrativo é a sua consonância com a interdisciplinaridade e com a realidade sinótica da *praxis* médica.

É certo que a integração oferece dificuldades de execução e, por isso, se fala mais do que se realiza. Contudo, diversas são as estratégias utilizáveis, a exemplo dos grupos docentes com a participação de especialistas para o aprendizado da semiologia e para a discussão de determinados problemas terapêuticos, ou preventivos, já adotados com resultados muito positivos em algumas escolas. Não é demais repetir, no entanto, que a aceitação pelos professores constitui a preliminar mais importante para o ensino interdisciplinar.

Cabe sublinhar que a integração necessária no plano do ensino de graduação de nenhum modo equivale a minimizar o departamento, cuja importância indiscutível se afirma no padrão das atividades acadêmicas e na qualidade da pesquisa, inseparável da formação dos especialistas e dos cursos de mestrado e doutorado de sua intransferível responsabilidade.

A propósito, convém assinalar o paradoxo de algumas escolas, em geral as mais novas, que diante dos óbices do ensino integrado, recorrem ao desmembramento de disciplinas, complicando, em vez de simplificar, sua estrutura curricular.

Vale recordar a recomendação do Seminário sobre Farmacologia Clínica realizado ano passado em Brasília, por iniciativa da Secretaria de Educação Superior do MEC, no sentido da integração, ou pelo menos da coordenação, do ensino da Farmacologia e da Clínica Médica.

Os problemas geriátricos, de cres-

cente relevância pelo aumento da população de pessoas idosas, devem merecer atenção durante o curso de graduação. As modificações orgânicas, funcionais e psicológicas causadas pelo envelhecimento e suas repercussões clínicas na exteriorização das doenças, na terapêutica e nos processos de recuperação, incluem-se entre os tópicos de interesse para o médico geral, a serem focalizados nas discussões de enfermaria e ambulatório, ou através de interconsultas com os respectivos especialistas. A exemplo do estudo da adolescência, a problemática geral gerontológica e geriátrica poderia ser tratada numa unidade didática dedicada ao processo biológico do envelhecimento, não sendo conveniente individualizá-la numa disciplina de geriatria, o que estaria em desacordo com a orientação integrativa do curso de graduação.

II — Ensino da Semiologia

O aprendizado propedêutico merece especial atenção: mediante a aquisição das técnicas tradicionais do exame clínico, dispõe o médico de metodologia menos onerosa e de mais larga aplicação para o atendimento dos níveis primário e secundário. Também aqui os especialistas têm muito a dar ao aluno, aprimorando-o na anamnese e no exame físico. Motivar o professor de especialidade em relação a essa participação é uma forma de aumentar e enriquecer o grupo docente do curso de graduação em nossas faculdades, onde são minoria os clínicos gerais.

Recomenda-se que o aprendizado inicial da semiologia, seja feito no Hospital de Ensino, nas enfermarias e ambulatórios gerais. O exame físico recíproco permite aos alunos adquirir útil experiência com os parâmetros normais bem como o desembaraço técnico do qual depende a boa semiótica clínica.

A prática de alguns procedimentos instrumentais, como a oftalmoscopia, a otoscopia e a rinoscopia, a execução de técnicas laboratoriais elementares, a identificação das principais alterações do eletrocardiograma e das chapas realizadas mediante métodos radiológicos tradicionais, e sua integração com os dados do exame clínico, fazem parte do adestramento propedêutico básico.

Há que consignar tempo suficiente para que o aluno adquira as habilidades psicomotoras essenciais sem as quais estará comprometido o seu treinamento clínico, sobretudo

quanto ao componente formativo. A competência no examinar é fundamental para a capacidade de identificar e resolver problemas.

III — Ensino de Psicologia Médica

Dada a sua importância para a relação médico paciente, e para o melhor entrosamento com a equipe de saúde, recomenda-se que o ensino da Psicologia se entrose ao de todas as disciplinas clínicas. Em verdade, cumprir fazê-lo logo ao início do curso, corrigindo o erro dos primeiros contatos do aluno de medicina, não com o doente, mas com a morte, na frieza dos anfiteatros de Anatomia.

A interconsulta constitui excelente método integrativo e oferece vivo e ilustrativo modelo de interdisciplinaridade no ensino clínico, habituando o estudante às realidades biopsicossociais da doença.

O fato de haver escolas sem possibilidades de realizar o ensino da Psicologia Médica por falta de pessoal habilitado põe em relevo a premência de preparar professores dessa disciplina, a ser assumida por psiquiatras com qualificação nessa área específica.

IV — Ensino de Psiquiatria

A elevada incidência de distúrbios mentais e de problemas de conduta por si só justifica o destaque conferido ao ensino da Psiquiatria num encontro destinado a debater a formação do médico geral. A frequência de quadros psicóticos na prática médica torna às vezes difícil distinguir as áreas de competência do clínico e do psiquiatra. Por isso mesmo é importante ultrapassar o ensino de uma psiquiatria isolada, integrando-a nos diferentes setores da medicina geral, com ênfase nas noções de Psiquiatria e Saúde Mental indispensáveis ao clínico geral. Este deve estar capacitado para identificar e separar as neuroses das psicoses, reconhecer os estados de depressão e a oportunidade de encaminhamento para tratamento psiquiátrico. Deve saber lidar com os problemas da dependência de drogas e com o alcoolismo e, com base nos conhecimentos necessários da psicofarmacologia, manejar adequadamente os psicotrópicos, cujo uso não raro se ressentido de má indicação, da impropriedade das doses e emprego inadequado. Precisa ainda estar preparado para o primeiro atendimento do doente agitado e para lidar com pacientes e familiares oligofrênicos com limitações mentais.

Comumente, ao clínico toca o

importante papel em relação às repercussões psicológicas das mutilações, das doenças graves e da doença terminal, assim como ante a problemática da morte para o paciente e para a família. Havendo consenso universal de que os problemas neuróticos basicamente devem ser cuidados pelo clínico, é importante adestrá-lo para a psicoterapia que, aliás, todo médico faz e deve fazer, porém de maneira consciente e orientada. Significativamente, por sentirem a necessidade desse instrumento terapêutico, os alunos solicitam que seja aumentada a carga horária da psicoterapia.

Em suma, o conteúdo programático deve guardar consonância com a realidade social e visar a uma perspectiva comunitária que dá ênfase aos transtornos prevalentes na região, com prioridade para os seguintes tópicos: a) estudo dos diferentes tipos de neuróticos que procuram, habitualmente, os consultórios do clínico geral; b) ênfase na identificação dos fenômenos iniciais das psicoses, para encaminhamento precoce ao psiquiatra; c) reconhecimento dos quadros de depressão neurótica e psicótica, com atenção especial para os sinais e sintomas indicativos de maior risco de suicídio; d) emergências psiquiátricas, como agitação psicomotora e crises convulsivas; e) reconhecimento dos quadros psiquiátricos frequentes em hospitais gerais; f) desvios de relacionamento de crianças e adolescentes com os respectivos familiares; g) manejo adequado dos ansiolíticos e antidepressivos mais correntes no receituário do clínico geral; h) princípios gerais de psicoterapia na prática médica; i) noções de psiquiatria necessárias para recolher informações que permitam a avaliação do estado mental de qualquer paciente e o relacionamento obrigatório desses achados com o contexto familiar e comunitário.

O treinamento do estudante em Psiquiatria deve efetuar-se não em hospitais ou institutos psiquiátricos, mas nos hospitais gerais que dispõem de psiquiatras e de leitos destinados a doentes psiquiátricos. Aliás, tal como se recomenda em relação à Psicologia Médica, o aprendizado psiquiátrico deve permear todo o curso de formação.

V — Locais de Treinamento

Os três enunciados a seguir condensam as opiniões dos participantes a respeito desse item:

a) A formação geral do clínico

exige que o aprendizado pré-graduado se realize nos vários cenários onde o aluno entrará em contato com diferentes estágios evolutivos das doenças e com as reais dimensões dos problemas de saúde. Tal como sublinhava o Documento n. 2, da Comissão de Ensino Médico do MEC, em 1974, o treinamento do estudante de medicina não se pode restringir apenas aos Hospitais Universitários, ou nos de ensino, senão também em outras unidades do sistema de saúde, como os hospitais comunitários, os Serviços de Emergência, os hospitais especializados, as unidades sanitárias.

Felizmente, muitas escolas mantêm a tradição de utilizar serviços de emergência municipais, estaduais ou previdenciários para a vivência indispensável nas situações de urgência, incomuns nos hospitais de ensino quando não dispõem de pronto-socorro próprio.

Do ponto de vista das ações preventivas, nada substitui a experiência objetiva em postos de saúde, unidades sanitárias e a participação em programas comunitários.

Mesmo do ponto de vista assistencial, a passagem do aluno por outras instituições, com atribuições exclusivas de cuidados primários e secundários, é altamente desejável no sentido da adaptação a condições que de regra serão as da sua futura prática profissional, e onde não contarão com o apoio dos recursos humanos e técnicos dos Hospitais Universitários;

b) A supervisão do treinamento dos alunos em unidades não pertencentes à escola médica, ou à universidade, representa aspecto essencial. A presença do docente é indispensável na maioria dos casos, admitindo-se por exceção o controle pelos médicos da instituição não acadêmica os quais de alguma forma, devem ter reconhecida essa participação e asseguradas possibilidades de seu próprio aperfeiçoamento mediante mecanismos apropriados de interação com o hospital de ensino;

c) Forçoso é proclamar que princípios tão claros e universalmente aceitos como os da integração docente-assistencial, regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços de saúde, até agora não obstante a criação do Sistema Nacional de Saúde, em 1975, não saíram dos textos das leis e portarias do governo.

Em alguns Estados, faculdades e universidades, de iniciativa própria, implantaram programas de cuidados primários de saúde, de medicina

familiar, ou de assistência materno-infantil, eloquentemente demonstrativos das suas vantagens comunitárias e educacionais. Muitas vezes essas atividades, pela sua natureza multiprofissional, requerem, além da Faculdade de Medicina, a participação de outras escolas formadoras também de profissionais de saúde e de serviço social.

V – Internato

Período de especial significação para conferir terminalidade ao Curso médico, baseado no aprendizado em serviço, encarece-se atualmente a vantagem de estender o internato para três, ou quatro semestres. Para alcançar a carga horária assim necessária é mister reformular o currículo e rever o conteúdo programático das disciplinas, desde as primeiras etapas do curso de graduação.

Considerou-se inadmissível o internato em especialidade e mais uma vez, se reafirmou o imperativo do internato em rodízio por Clínica Médica, Pediatria, Tocoginecologia e Cirurgia.

Julgou-se indesejável e inadequada a adoção de um programa único para todas as escolas. Tendo em conta a variedade de situações ambientais na extensão do território nacional, a diversidade de recursos institucionais e as aspirações dos alunos, torna-se evidente que a estrutura curricular e os programas de aprendizado devem estar de acordo com a realidade em que se insere a escola médica. Em qualquer situação, entretanto, o rodízio pelas áreas referidas deve corresponder a treinamento em serviços gerais, incluídos, obrigatoriamente, ambulatorios e unidade de emergência.

Encareceu-se, também, a observância de padrões mínimos indispensáveis à formação médica geral, e sem os quais sequer se justifica a existência de um estabelecimento de graduação profissional de nível superior.

A supervisão docente nos locais de treinamento constitui requisito imprescindível para assegurar a qualidade e até a idoneidade do aprendizado. É inaceitável o encaminhamento dos alunos a hospitais de conveniados sem o efetivo controle das condições de treinamento e sem critérios apropriados de avaliação. Toda vez que não se observem os requisitos mínimos de eficiência do estágio, estará sendo fraudado o objetivo da Resolução n. 8 do Conselho Federal de Educação, de 08.10.1969, que tornou

obrigatória essa etapa final curricular do curso de graduação.

Reafirmada, em princípio, a preferência pelo internato rotativo, destacou-se a conveniência de reservar tempo para atividades eletivas, atendendo às preferências vocacionais do futuro profissional e ao critério de flexibilidade curricular.

Essencialmente, não é só o internato rotativo que garante a formação médica geral. Consoante sublinha Mário Chaves, o importante como objetivo educacional é a "produção de um profissional que tenha, além do equipamento técnico-científico para o exercício de sua profissão, uma visão holística do ciclo vital, da relação indivíduo-sociedade-ambiente físico, do processo gerador da saúde, do papel do indivíduo como agente principal de sua própria saúde, do papel de cada profissão dentro do sistema de saúde e da relação de cada uma com as demais". (Mário M. Chaves. Saúde; uma estratégia de mudança. Guanabara Dois. Rio de Janeiro, 1982).

Ao encerrar-se a reunião julgou-se conveniente destacar de maneira muito especial os tópicos seguintes, de grande relevância para os objetivos educacionais: a) participação ativa do aluno, inseparável do processo ensino-aprendizado; b) motivação e preparo pedagógico do professor para seu efetivo envolvimento nas reformulações curriculares e didáticas necessárias; c) liderança exercida pela Direção da Escola Médica, cuja responsabilidade nas mudanças reclamadas pela problemática nacional de saúde pode ser às vezes compartilhada, mas nunca transferida. J.P.Lopes Pontes/Relator ●

"EDUCAR É AMEAÇAR O ESTABELECIDO. SEMPRE".

"A educação tem como uma de suas características fundamentais, a necessidade de fazer mudanças".

"Em relação as escolas médicas, a modernização é exigência da sociedade em transformação . . ."

As citações supra, retiradas de uma publicação que Riva Roitman faz através da ABEM reforçam nossos conceitos pessoais em relação à dinâmica instabilidade do processo universitário. Parar dentro da Universidade seria estagnar o próprio processo ensino aprendizagem.

Embora não haja nenhuma novi-

dade no que é dito aqui, toda a modificação proposta vem acompanhada de reações contrárias nos mais diversos níveis.

Também esta reação é esperada, necessária e estabelece o paralelo diferencial entre concordância objetiva e aceitação pura e simples – caracterizando omissão.

Nossa Escola, não fugindo à regra, também vem buscando atualizar, modernizar, adequar o seu currículo as nossas realidades sociais. Modificações profundas foram estabelecidas e estão sendo postas em execução.

As reações foram as mais diversas indo desde o aluno reclamar ser a sua turma a "sorteada" para todas as modificações durante o curso, sem se dar conta que possivelmente todas as turmas registraram modificações em seu sistema de ensino, até aos mais ilustres mestres, que colocaram toda sua experiência e bagagem cultural na argumentação de prós e contras.

Entre os dois extremos registra-se uma importante parcela de colegas, tanto do corpo docente como docente que se posicionaram contra ou a favor sem terem em mãos informações suficientes e adequadas.

Entendendo que uma maior divulgação se fazia necessária em torno do assunto, procuramos o Coordenador da CONCAR-MED e colocamos a Revista do HCPA e FMPA à disposição do mesmo para que iniciasse a divulgação na íntegra do novo currículo.

Ao mesmo tempo colocamos à disposição de todos os nossos colegas, esta nova seção que se encarregará de buscar respostas e soluções a perguntas e questionamentos que nos forem encaminhados.

Dr. Nilo A. Milano Galvão, pela Comissão Editorial ●

O NOVO CURRÍCULO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFRGS

Numa abertura dada pela Comissão Editorial da Revista do HCPA e Faculdade de Medicina da UFRGS, a Comissão de Carreira sentiu a oportunidade de iniciar neste magnífico meio de divulgação de nossa Universidade, uma série de artigos e informar sobre o ensino atual em nossa Faculdade de Medicina.

Nas modificações que surgiram com a Reforma do Ensino Superior, a estrutura das cátedras foi substituída pelos departamentos universitários. Uma mudança aparentemente democrática onde a maior participação de

todos os membros docentes já agrupados anteriormente, seria sua meta básica em novos agrupamentos maiores. Muitos problemas foram criados, pela unificação das matérias de ensino de outrora com reais dificuldades de acomodação dos conteúdos programáticos. Até que pouco a pouco, houve a retomada da execução normal dos trabalhos docentes. Quem viveu estes tempos, pode hoje aquilatar quão difícil foi a passagem de todo um processo de adequação à execução.

Dentre os órgãos de administração pertencentes à Pró-Reitoria de Graduação surgiu uma representação departamental intitulada Comissão de Carreira.

COMCAR — órgão de coordenação didática, destinando-se a elaborar a política geral de ensino e de pesquisa procedendo ao planejamento e supervisão dos cursos, ressalvada a competência do COCEP e suas câmaras.

Esta Comissão ficou encarregada de executar os planos de ensino em conjunto com a Universidade, mas ligada intimamente à Faculdade de Medicina. E, em 1979, a Comissão de Carreira por instância da PROGRAD lançou os planos de modificação do currículo de ensino de medicina, divulgando o projeto já em fase de discussão. Após exaustivos estudos com a colaboração mais ampla possível, embora difícil em grande grupo docente, sempre secundada pela representação discente. Foi submetido a aprovação final do COCEP e Conselho Universitário.

Inúmeras reuniões foram realizadas, principalmente enfrentando oposição de diversos departamentos que não viam em experiências noutras universidades resultados satisfatórios de currículos semelhantes. No entanto, o processo de aprovação ocorreu, para satisfação de alguns, dúvidas de outros e desconhecimento de muitos do que se estava passando.

Num processo de modificação, embora somente com aparente radicalidade em alguns pontos, é muito difícil que tais atitudes não ocorram quando o grupo envolvido é muito grande. Tradições, lutas e vitórias conseguidas, programações de praticamente toda uma vida, parecem que não são tomadas em consideração quando surge uma mudança. O processo evolutivo que tão timidamente vamos permitindo acontecer em nossos lares e em nosso ser, nos lança num futuro muito veloz, mas o mais das vezes sempre atrasado em relação aos fatos concretos. Surge o medo de

que tudo o que fizemos não seja valorizado e que a incúria do bom senso seja tornada uma realidade. O otimismo pelo futuro, quando fatos sociais o põem em dúvida, não nos acompanha muitas vezes, pois uma nova dimensão ainda não experimentada em nossas vidas surge de repente a exigir uma atitude.

Neste momento assumimos a coordenação da Comissão de Carreira, e antes de mais nada, com um currículo aprovado. Temos o dever de levar a bom termo com todos os esforços possíveis o ensino médico. Logicamente, com o trabalho de todos os participantes da COMCAR, especialmente dos professores de todos os departamentos e ainda com a colaboração do corpo discente. Objetivo difícil, mas realizável com a colaboração permanente de todos.

Revendo diversas publicações sobre o assunto, vemos que nossa universidade está sofrendo uma fase de mudanças. Não se contentando com o ensino atual, realizada à semelhança de outras no Brasil, seminários e reuniões de dinamismo ou de alterações dos currículos existentes. Visa sair em movimento necessário para acompanhar a evolução atual.

Os fatores determinantes envolvem mercado de trabalho, necessidades da comunidade onde vão atuar os graduados, sistemas de saúde existentes e técnicas para levar a cabo o objetivo. Esse processo não pode ser rígido. É um passo em frente.

“O médico ao terminar seu curso de graduação deve ser capaz de diagnosticar e tratar as doenças mais frequentes e de identificar, dar atendimento de urgência e encaminhar corretamente as doenças mais raras e complexas. Junto à formação técnica o médico deve ser sensível aos aspectos psicológicos e sociais no seu relacionamento com pacientes e na sua equipe de saúde. Deve ainda, estar preparado para discutir e questionar a política de saúde e estrutura do mercado de trabalho, e para propor soluções alternativas. A formação ética-social do aluno é consequência dos modelos que se oferecem na prática diária dentro da escola”. Esta proposta anteriormente descrita surgiu num seminário em Campinas, da Faculdade de Ciências Médicas de São Paulo, em 1981.

No currículo novo da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, os objetivos fixados em 1979, são os seguintes, muito semelhantes ao contexto descrito:

“Objetivos do ensino médico de graduação.

A assistência médica deve ser **integral** nos aspectos preventivos, **curativos**, reabilitadores, físicos, mentais e sociais; processo de doença; **personalizada**, com um bom relacionamento entre profissional, paciente, família, comunidade, **participativa**, na qual o paciente, a família e a comunidade são os verdadeiros agentes de saúde e os profissionais, seus conselheiros e assessores. Portanto, o Curso de Medicina deverá capacitar os estudantes a proporcionar cuidados primários de saúde através de um atendimento integral dos problemas físicos, psicológicos (mentais) e sociais dos indivíduos, famílias e comunidades sob seus cuidados.

Para atingir seu objetivo fundamental, o Curso de Medicina deverá capacitar o médico em formação a:

1. entrevistar pacientes estabelecendo com eles e seus familiares um relacionamento adequado;

2. realizar um exame clínico sistematizado;

3. interpretar os dados clínicos obtidos de forma a avaliar o paciente como um todo (em seus aspectos biopsicológicos e sociais);

4. elaborar hipóteses diagnósticas e equacionar os problemas dos pacientes;

5. tomar medidas de urgência quando necessárias à manutenção das funções vitais;

6. solicitar, coletar ou realizar exames subsidiários e complementares, interpretar seus resultados, relacionando-os aos dados clínicos do paciente, e revisar as hipóteses diagnósticas;

7. diagnosticar e tratar as doenças mais comuns, físicas, psicológicas ou sociais do paciente, família e comunidade, e encaminhar, quando for o caso, a serviços especializados;

8. acompanhar a evolução da doença, avaliar a sua repercussão no indivíduo, na família e na comunidade e modificar o plano terapêutico sempre que for indicado, comunicar estas informações ao paciente ou a seus familiares de forma clara e precisa, considerando as condições pessoais dos mesmos;

9. prescrever medidas que visem a proteção ou promoção da saúde do indivíduo, da família e da comunidade, prevenindo e combatendo as doenças prevalentes e endêmicas da região;

10. prescrever medidas que visem a readaptar o indivíduo doente às

suas funções individuais e sociais;

11. acompanhar a gestação, tomando medidas higiênico-dietéticas que visem a proteção da saúde e da mãe do concepto;

12. realizar parto eutócito e diagnosticar as distórcias em tempo hábil, equacionando a solução do problema;

13. orientar a mãe nos cuidados puerperais e higiênico-dietéticos das crianças;

14. imunizar contra as doenças infecciosas;

15. orientar o planejamento familiar;

16. planejar, organizar e administrar um serviço básico de saúde para uma população definida;

17. coordenar a equipe primária de saúde e fazer treinamento em serviço do seu pessoal (serviço básico de saúde, hospital comunitário ou consultório);

18. desenvolver as suas atividades profissionais dentro dos preceitos da ética médica e da legislação vigentes;

19. educar sobre os principais problemas de saúde e métodos de prevenção e luta correspondentes;

20. participar de programas de saúde pública envolvendo a comunidade;

21. desenvolver e participar de programas de educação continuada para si e para o pessoal e comunidade envolvidos pelo seu trabalho;

22. avaliar permanentemente sua atividade profissional, tomando medidas eficazes que lhe assegurem o exercício da medicina dentro de um bom padrão técnico-científico e humano;

23. desenvolver investigação aplicada à medicina, avaliando criticamente os resultados e apresentando os segundo os padrões científicos;

24. registrar adequadamente dados colhidos do paciente, da família e da comunidade e manter os registros atualizados;

25. preencher um atestado de óbito e comunicar às autoridades sanitárias os casos de doenças de notificação compulsória."

Esperamos com esta mensagem, cumprindo um dever urgente, levar aos momentos de convívio entre os professores, professores e alunos, um chamado à discussão. Discussão que deve ser realizada para a execução já iniciada em 1981, 1º semestre, do novo currículo de nossa Faculdade. Devemos juntos encontrar soluções não rígidas, mas objetivas e principalmente conscientes e vividas.

Os árduos caminhos percorridos, o que já se alcançou nos anos passados de nossa Faculdade somaram uma tradição que não pode ser deixada de lado. Quando dizemos dar um passo numa mudança, significa um passo a mais, uma retomada de atitude. Prof. Osvaldo Bruno Müller / Coordenador da Comissão de Carreira — COMCAR/MED •



COISAS NOSSAS

Dentre as muitas coisas que nosso Hospital realiza e que poucos conhecem estão os Cursos de Pós-Graduação a nível de Mestrado.

Nossa Revista tratará de divulgar em duas reportagens, uma série de informações que trarão a público o muito que vem sendo feito em prol do aperfeiçoamento do ensino médico por nossa Faculdade, nosso Hospital e com nosso Corpo Docente.

CURSO DE MESTRADO EM GASTROENTEROLOGIA

O Curso de Mestrado em Gastroenterologia organizou-se, junto com outras áreas de concentração do Departamento de Medicina Interna de nossa Faculdade em 1972, então chefiado pelo Prof. Álvaro Barcelos Ferreira, que, por delegação do Colegiado do Departamento, designou o Dr. José Cutin para organizar o curso de Pós-Graduação em Gastroenterologia. Para efeitos de credenciamento o Curso foi aprovado pela Câmara Especial de Pesquisa e Pós-Graduação no ano de 1972 e, posteriormente o Conselho Federal de Educação o credenciou em 1974 — Parecer 3199/74. Iniciou o Curso de Mestrado de Gastroenterologia suas atividades na enfermaria 27a. da Santa Casa de Misericórdia no ano de 1972, passando logo após a desenvolvê-las já no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde passou a ter sua sede. Deve ser assinalado que a presença e atividade do Mestrado no Hospital de Clínicas propiciou ao Hospital o início de suas atividades de endoscopia digestiva, tendo adquirido em regime de comodato com o Hospital os primeiros dois instrumentos de fibra ótica a serem utilizados no Hospital.

Desde o início de suas atividades até hoje, matricularam-se no Curso 61 alunos, incluídos os 17 alunos matriculados no ano corrente. Assim, na realidade são 44 alunos que tiveram oportunidade de concluir o Curso

seja tão somente os créditos ou fizeram teses, dos quais é mister enfatizar-se que 16, isto é, cerca de 30%, estão exercendo funções docentes nas escolas médicas de nosso Estado e fora dele. Este fato reveste-se de especial relevância pois que 16 professores tiveram oportunidade de sofrer a influência formativa do Curso que abrange aspectos relacionados com a metodologia científica e a formação cultural indispensáveis a um padrão básico de um docente de uma escola médica. Assim, independente de outras considerações, tais como estímulo à atividade intelectual no meio, o Curso de Mestrado em Gastroenterologia vem cumprindo uma das metas fundamentais a que se propôs, qual seja a de formação de professores para escolas médicas. A lista de elementos oriundos da Pós-Graduação em Gastroenterologia é a que se segue com as respectivas escolas médicas onde exercem suas funções docentes: José Kruehl de Almeida / Faculdade de Medicina, UFRGS — Raul Ritter dos Santos / PUCRS — Gianfranco Lardi / PUCRS — Gissele Licht da Silva / Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre — Bernardo Leão Spiro / Faculdade de Medicina, UFRGS — Themis Reverbel da Silveira / Faculdade de Medicina, UFRGS — Luiz M. Pereira Lima / Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre — Ismael Maguilnik / Faculdade de Medicina, UFRGS — Carlos Fernando Francisconi / Faculdade de Medicina, UFRGS — Luiz Sérgio Emery Ferreira / Universidade Federal do Espírito Santo — Fernando de Oliveira Souza / Faculdade de Medicina / UFRGS — Angelo Alves de Mattos / Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre — Alceu Migliavaca / Faculdade de Medicina, UFRGS — Manoel Trindade / Faculdade de Medicina, UFRGS — Paulo Sandler / Faculdade de Medicina, UFRGS — Paulo de Araujo Carvalho / PUCRS.

Para o ensino e orientação de teses dos futuros mestres conta o Curso, desde seu início, com um elenco docente da mais expressiva formação em centros universitários dos mais idôneos e prestigiosos.

Esta característica se refere aos professores da área de concentração e de domínio conexo, dotando o Curso de condições de sustentação de qualidade de ensino e das teses/dissertações no Curso. Eis o quadro com as respectivas universidades onde com-

pletaram sua formação: Alcyr Kraemer / Tulane Univ. — Angelo Maria Fiori / UFRJ - Inst. Biofísica — Carlos A. Cuervo / Univ. Washington - Missouri — Casemiro Tondo / USP - Ribeirão Preto — Darcy de Oliveira Ilha / Univ. Estocolmo — David Zimmermann / UFRGS — Edgar Wagner / Univ. Chicago — Egomar Edelweiss / UFRGS — Eloi Julius Garcia / Univ. California — Giovanni Bemvenuti / Univ. Chicago — Hypólito Pacheco Carvalho / Wayne State Univ. — Hugo Benno Haase / USP Ribeirão Preto — Jair Saadi / USP — João Carlos Prolla / Univ. Chicago — João Pedro Marques Pereira / Univ. Mac Gill — Jorge Pereira Lima / Mount Sinai Hospital — José Cutin / Colorado Univ. — Leo Rost Weiss / Mount Sinai Hosp. Univ. Pennsylvania — Leo Süffert / UFRGS — Loreno Brentano / Univ. Washington - Missouri — Luiz Fernando Jobim / Fac. Católica de Medicina — Mário Tanhauser / Tulane Univ. — Mário Rigatto / Univ. Estocolmo — Milton Zelmanovitz / UFRGS — Nathan Roithmann / Univ. Estocolmo — Rubens Maciel / UFRS — Walter Zelmanovitz / USP.

O Mestrado em Gastroenterologia desenvolveu-se segundo o modelo proposto em diversos pareceres oriundos do Conselho Federal de Educação e estruturou-se segundo Portaria 1408 da Reitoria de nossa Universidade. É claramente aparente que esforços especiais de adaptação ao modelo proposto nos referidos Pareceres foram desenvolvidos, bem assim como a estrutura exigida, seja por suas características inovadoras no país e no meio, seja pelas peculiaridades da área médica. Assim é que, considerando-se que a sistemática da Pós-Graduação foi genérica, foi indispensável que a mesma sofresse complementação específica para a área médica.

Como forma de funcionamento de sua parte didática, desde seus primórdios o Curso de Mestrado, desenvolveu seus conteúdos teóricos sob forma ativa de seminários. A interação entre professores e alunos propiciada pelo desenvolvimento dos seminários revelou-se fecunda, pois que deu margem a que a Coordenação observasse a necessidade de ser desenvolvido, como pré-requisito, um Curso de Nivelamento o qual compreende conteúdos de Bioquímica, Físico-química, Imunologia, Medicina Nuclear e Genética Médica.

Já, em relação às teses, esforço especial teve que ser desenvolvido no

sentido de expor aos alunos a uma experiência de pesquisa suficientemente aprofundada que atingisse objetivos instrutivos, de modo a estimular o espírito crítico e capacitar o aluno para novas iniciativas de pesquisa. Esta atividade do Curso exigiu um período de latência a fim de que fosse assimilada a necessidade de um trabalho dessa natureza. Não cabe no âmbito desse trabalho, discorrer sobre as múltiplas dificuldades que tal atividade essencial do Curso implica em nosso meio, tendo por fundo todo um contexto social e econômico que não é dos mais favoráveis para o desenvolvimento da pesquisa. Entretanto, algumas teses lograram aceitação em Congressos Internacionais altamente seletivos na aceitação de trabalhos para inclusão em seu programa, tais como o Congresso Anual da Associação Gastroenterológica Americana, onde conseguiu superar 80% dos trabalhos a ele submetidos e o Congresso Mundial de Gastroenterologia realizado recentemente em Estocolmo, Suécia. Atinge a 15 (quinze) o número de teses concluídas e em vias de conclusão até o corrente ano. Este número corresponde a 34% dos alunos inscritos excluindo os da presente turma ora iniciando os créditos. Entretanto, excluindo-se ainda as evasões ocorridas, mormente na primeira turma, antes do credenciamento pelo Conselho Federal de Educação, este percentual passa para 50%.

As teses já concluídas ou em conclusão são as seguintes:

— Estudo das metastases em linfonodos abdominais no carcinoma epidermóide de esôfago. Aluno: José R. Kruehl de Almeida. Orientador: João Carlos Prolla.

— Uso combinado da citologia e biópsia endoscópicas no diagnóstico das lesões do intestino grosso. Aluno: Ismael Maguilnik. Orientador: João Carlos Prolla.

— Medida de diferença de potencial elétrico da mucosa gástrica - suas variações conforme local, histologia e alterações inflamatórias. Aluno: Mauro Azevedo de Moura. Orientador: José Cutin.

— Captação hepato-esplênica de substâncias coloidais radioativas — (^{99m}Tc e ^{113m}In). Aluno: Bernardo Leão Spiro. Orientador: José Cutin.

— Estudo da duodenite bulbar em pacientes com úlcera duodenal. Aluno: Luiz Sérgio Emery Ferreira. Orientador: José Cutin.

— Estudo do Líquido de ascite —

contribuição da biópsia peritoneal às cegas. Aluno: Angelo Alves de Matos. Orientador: Jorge Pereira Lima.

— Refluxo entero-gástrico no estômago operado - correlação dos sintomas com achados gastroscópicos e histopatológicos da mucosa gástrica. Aluno: Fernando de Oliveira Souza. Orientador: José Cutin.

— Contribuição ao estudo da histologia fundamental do colédoco supra-duodenal humano. Aluno: Luiz Pereira Lima. Orientador: João Pedro Marques Pereira.

— Valor diagnóstico da colangiografia trans-hepática percutânea e da angiografia seletiva visceral na icterícia obstrutiva. Aluno: Renan P. Uflacker. Orientador: Leo Weiss.

— Resposta dos ácidos biliares na circulação sistêmica a diferentes estímulos da circulação enterepática. Aluno: Sérgio Gabriel Silva de Barros. Orientador: Roger Soloway e José Cutin.

— Tipos histológicos de Lauren no câncer gástrico. Aluno: Judite Dietz Furtado. Orientador: João Carlos Prolla.

— Dosagem de antígeno no carcinoma embrionário e citologia no líquido de ascite. Aluno: Ronaldo Torresini. Orientador: João Carlos Prolla.

— Fidedignidade e praticabilidade do citopatológico das massas abdominais altas, obtido por punção aspirativa com agulha fina. Aluna: Ana Clara da Silva Bianchini. Orientador: João Carlos Prolla.

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA — NEFROLOGIA

HISTÓRICO — Em abril de 1971, o Colegiado do Departamento de Medicina Interna, da Faculdade de Medicina da UFRGS, indicou o nome do Dr. Cesar Amaury Ribeiro da Costa para Coordenar a organização de um Anteprojeto de Curso de Pós-Graduação em Nefrologia, em nível de Mestrado.

O referido Anteprojeto foi concluído em 7 de dezembro de 1971 e enviado à Superintendência Acadêmica da UFRGS (protocolado sob n. 29.092/71). Em 10 de abril de 1972, o Anteprojeto recebeu parecer favorável dos relatores indicados pela Câmara Especial de Pós-Graduação e Pesquisa da UFRGS; em 19 de abril de 1972, recebeu aprovação unânime do plenário da referida Câmara (Resolução 13/CE/72).

Encontrando-se em condições legais para iniciar suas atividades, procedeu-se à eleição da primeira Comissão Coordenadora em 28 de abril de 1972; os eleitos foram os Professores Oly Lobato, Cesar Costa, Otto Busato e Loreno Brentano.

Finalmente, em 30 de maio de 1972 foi nomeado pela Portaria n. 406 da Reitoria, um Coordenador para o Curso (Prof. Cesar Costa).

Em 3 de maio de 1972, foram enviadas cópias do Anteprojeto através da SUPAC-DEP-UFRGS, ao Conselho Federal de Educação (CFE) e ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), protocoladas sob n.s 751/72 e 7529/72, respectivamente.

O Curso iniciou suas atividades didáticas regulares durante o 2o. semestre de 1972.

Em 26 de maio de 1973, o Curso foi visitado pelo Prof. Firmino Torres membro do CNPq e relator do processo do Mestrado junto àquele órgão.

Em 24 de julho de 1973, através da Portaria n. 574, o Diretor Geral do Departamento de Assuntos Universitários (DAU) do MEC, designou os Professores José de Barros Magaldi e Oswaldo Luiz Ramos para constituírem a Comissão Verificadora do Curso junto ao CFE; em 28 de setembro de 1973, a referida Comissão compareceu à sede do Mestrado para verificação das reais condições do mesmo. O parecer final da Comissão, emitido em 27 de novembro de 1973 foi o seguinte: "O Curso está capacitado para receber credenciamento por satisfazer às exigências contidas nos pareceres 77/69 e 576/70, que servem de fulcro para os Cursos de Pós-Graduação das Escolas Superiores do país."

Durante 1974, o acontecimento mais importante foi o voto favorável, unânime, da Câmara de Ensino Superior do Conselho Federal de Educação quanto ao credenciamento do Curso; (parecer 3725/74) tal fato ocorreu em 06 de novembro de 1974 sendo integrantes da Câmara os Professores José Barreto Filho (Presidente) João Paulo Mendes (Relator), Eduardo Zacaro Faraco, Alaor de Queiroz Araújo, Lena Castelo Branco e Ruy Carlos de Camargo Vieira. O referido credenciamento representou uma valiosa conquista e foi resultado do trabalho incansável de todos os nefrologistas que exercem atividades docentes na UFRGS.

No decurso dos dez últimos anos, o Curso tem funcionado regularmente; embora enfrentando dificuldades

e apresentando algumas imperfeições, o saldo global do mesmo é positivo; isto se expressa no conceito B (em uma escala de A e E) obtido em 1980 após visita de verificação feita pelo Prof. Magid Yunes (da Escola Paulista de Medicina) da Coordenadoria de Acompanhamento e Avaliação de Cursos de Pós-Graduação da CAPES.

A Direção do Curso esteve a cargo das seguintes Comissões Coordenadoras:

— Biênio 1972-1974: Cesar Costa (Coordenador), Loreno Brentano, Oly Lobato e Otto Busato.

— Biênio 1974-1976: Cesar Costa (Coordenador), Jaime Kopstein, Oly Lobato e Otto Busato.

— Biênio 1976-1978: Cesar Costa (Coordenador), Jaime Kopstein, Oly Lobato e Otto Busato.

— Biênio 1978-1980: Cesar Costa (Coordenador), Jaime Kopstein, Oly Lobato e Otto Busato.

— Biênio 1980-1982: Cesar Costa (Coordenador), Jaime Kopstein, Oly Lobato e Alberto Augusto Rosa.

LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO CURSO, INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS — O Curso ocupou, inicialmente, dependências da 2a. Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, onde funcionava a 1a. Cadeira de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRGS.

Em janeiro de 1973 transferiu-se para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ala sul, salas 845 e 847, onde ainda se encontra atualmente. Na primeira sala situa-se a Secretaria e na outra a sala de Reuniões da Comissão Coordenadora e Biblioteca.

Para conferências ou aulas regulares, o Curso faz uso dos auditórios, anfiteatros e salas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, do Hospital Universitário da Pontifícia Universidade Católica e do Instituto de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul; as instalações hospitalares básicas, e setores especializados ligados a Nefrologia destas três instituições, são usadas para o desenvolvimento das várias disciplinas do Curso.

Por suas características próprias, o Curso beneficia-se com praticamente todos os equipamentos e laboratórios básicos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, do Instituto de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul e do Setor de Nefrologia da Pontifícia Universidade Católica; este último vem sendo usado, como área de ensino do Curso, desde 1977.

Os setores mais utilizados pelo Curso são os seguintes: — Laboratório de Patologia Clínica — Serviço de Anatomia Patológica — Serviço de Radiologia — Laboratório de Radioisótopos — Unidade de Hemodiálise e Transplante Renal — Serviço de Dietética — Laboratório de Imunologia.

Os setores acima mencionados possuem todos os requisitos necessários para o desenvolvimento do Curso.

ANÁLISE FINANCEIRA DO CURSO — O Curso tem, como entidade mantenedora, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul; dela recebe, diretamente ou através da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPEP) e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), os recursos básicos para o seu funcionamento. — Os salários do pessoal docente são pagos diretamente pela Universidade. — A PROPEP assegura recursos para serviços de terceiros (professores visitantes e serviços auxiliares) bem como administra as bolsas de estudos fornecidas pela CAPES e CNPq; é responsável, também, por parte dos gastos de custeio e com material bibliográfico. — O HCPA é o principal responsável pelas despesas de custeio e com material permanente; assegura também, à maioria do Corpo Docente, complementação salarial por atividades assistenciais.

BIBLIOTECA — O Curso conta com recursos bibliográficos localizados nas várias Bibliotecas da área Bio-Médica da UFRGS, em especial na Biblioteca da Faculdade de Medicina que possui um acervo de 14.589 volumes e 1.495 títulos de periódicos.

Adicionalmente, o Curso possui uma Biblioteca própria com livros e periódicos especificamente ligados à Nefrologia. Em 1974, a referida biblioteca possuía 29 livros e nenhum periódico; atualmente, possui acima de uma centena de livros e mantém assinatura regular das seguintes revistas especializadas: — American Journal of Nephrology. — Clinical Nephrology. — Kidney International. — Nephron. — The International Journal Pediatric Nephrology.

O Curso possui, ainda, uma coleção de 400 diapositivos sobre Histopatologia Renal, Organizada pelos professores Herbert H. Heptinstall, E. Lovell Becker e Jacob Churg; a referida coleção possui texto explicativo para cada um dos diapositivos e é um valioso instrumento docente para várias disciplinas do Curso.

CORPO DOCENTE

Nome	Cat.(1) Func.	Tit. (2)	Área de Conhec.	Carga Horária	Resp.p/ Discipl.	Orien- tador
Alberto Augusto Rosa	AS	ME	Nefrologia	40 h	Sim	Sim
Bruno Fialho Braga	AS	OU	Nefrologia	20 h		
Carlos Abaeté de los Santos	AS	ME	Nefrologia			
Carlos Alberto Prompt	OU	ME	Nefrologia			
Cesar Costa	AD	EA	Nefrologia	20 h	Sim	Sim
Clóvis Wannmacher	AD	ME	Bioquím.	40 h		
Darcy Oliveira Ilha	AD	EA	Radiologia	20 h		
Domingos D'Ávila	AS	EA	Nefrologia	20 h	Sim	Sim
Edgar Wagner	TT	LD	Estatística Aplicada	TI		
Elenice Kraemer de Moraes	OU	ME	Biologia Molecular			
Hermes Berger	AS	EA	Nefrologia	20 h	Sim	Sim
Jaime Kopstein	AD	LD	Nefrologia	20 h	Sim	Sim
Jorge Luiz Gross	AD	D	Endocrino	20 h	Sim	
José Vanildo Morales	AS	OU	Nefrologia	20 h		
Léo Süffert	TT	LD	Odontol.	TI		
Loreno Brentano	AD	LD	Cirurg.	40 h		
Luiz Fernando Jobim	AS	EA	Imunol.	40 h	Sim	
Mário Rigatto	AD	LD	Pneumol.	TI	Sim	
Milton Zelmanovitz	AU	ME	Nefrologia	20 h		
Moisés Lerrer	AD	OU	Nefrologia	20 h		
Nathan Roithman	AD	EA	Radiologia	20 h		
Noêmia Perli Goldraich	AS	ME	Nefrologia	20 h	Sim	Sim
Oly Lobato	TT	LD	Nefrologia	20 h	Sim	Sim
Otto Busato	AD	EA	Nefrologia	20 h	Sim	Sim
Rubens Maciel	TT	LD	Cardiologia	40 h	Sim	
Walter José Koff	AD	LD	Cirurg.	20 h		

RELAÇÃO NOMINAL DOS PÓS-GRADUADOS EM MEDICINA – NEFROLOGIA

(Ano de Conclusão, Nível e Destino)

– Alberto Augusto Rosa (1976 - M) Professor Assistente do Departamento de Medicina Interna da UFRGS. Professor Responsável pelo Setor de Ensino e Pesquisa do CPGN. Membro do Corpo Docente do CPGN. Membro da Comissão Coordenadora do CPGN.

– Noêmia Perli Goldraich (1977 - M) Professora Assistente do Departamento de Medicina Interna da UFRGS.

– Lenita Wannmacher (1977 - M) Professora Assistente do Departamento de Biociências da UFRGS.

– Carlos Alberto Prompt (1979 - M) Médico Assistente do Serviço de Nefrologia do HCPA.

– Carlos A.de los Santos (1979 - M) Professor Assistente do Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário da PUC, Porto Alegre.

– Milton Zelmanovitz (1980 - M) Professor Assistente do Departamento de Medicina Interna da UFRGS.

– Luiz Alberto M.da Silva (1980 - M) Professor Assistente do Departamento de Medicina Interna, UFSM

– Dolores Bender (1980 - M) Nefrologista Assistente da 2a. Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia.

– Reinaldo Isidro G. Álvarez (1981 - M) Professor Assistente do Departamento de Medicina Interna, UFAM.

– Mário Ciro Leyser (1981 - Espec.) Atividade Profissional Privada.

– Nelson F. de Almeida (1981 - Espec.) Atividade Profissional Privada.

– Antonio Cláudio Andrade (1981 - Espec.) Atividade Profissional Privada

– Helena Beatriz Gonçalves (1981 - Espec.) Atividade Profissional Privada

– Isidoro H. Goldraich (1981 - Espec.) Atividade Profissional Privada

– José Vanildo Morales (1981 - Espec.) Professor Assistente do Departamento de Medicina Interna da UFRGS.

– Antonio Cesar Gonçalves (1981 - Espec.) Atividade Profissional Privada

– Érico Dornelles (1981 - Espec.) Atividade Profissional Privada.

– Anna Cristina R.Stein (1982 - Espec.) Atividade Profissional Privada.

– Douglas de M. Garcez (1982 - Espec.) Professor da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

– Dóris T. Loff Leite (1982 - Espec) Atividade Profissional Privada.

– Hilton Barreto Orenge (1982 - Espec.) Atividade Profissional Privada.

– Dóris T. Loff Leite (1982 - Espec) Atividade Profissional Privada.

– Hilton Barreto Orenge (1982 - Espec.) Atividade Profissional Privada.

- (1) Categoria Funcional: TT-Titular – AD-Adjunto – AS-Assistente – AU-Auxiliar OU-Outros
- (2) Título mais elevado: LD-Livre-Docente – ME-Mestrado – EA-Especialização e/ou Aperfeiçoamento – OU-Outros – D-Doutor.

SITUAÇÃO DO CORPO DISCENTE EM 31/05/1982

	TURMAS								Total	%
	1a. 1972	2a 1973	3a 1974	4a 1976	5a 1977	6a 1979	7a 1980	8a 1981		
Diplomados	5	1	3	2	3	10	–	–	24	31,57
– Mestres	4	1	1	–	1	2	–	–	9	11,84
– Especialização	1	–	2	2	2	2	–	–	15	19,73
Dissertações em Julgamento ou em fase final	–	1	–	–	2	2	–	–	5	6,57
Obtenção Créditos	–	–	–	–	–	–	8	3	11	14,47
Matric. Trancada	–	–	–	–	–	1	1	1	3	3,94
Abandono Curso	11	3	6	6	2	5	–	–	33	43,42
TOTAL	16 ¹	5	9	8	7	18 ²	9	4	76	100

¹ Excluídos 4 alunos que solicitaram matrícula mas não frequentaram o Curso.

² Excluídos 2 alunos que solicitaram matrícula mas não frequentaram o Curso.

- Jairo José Caovila (1982 - Espec.) Auxiliar de Ensino da Faculdade de Medicina de Passo Fundo.
- Lúcia Osório Dutra (1982 - Espec.) Auxiliar de Ensino da Faculdade de Medicina de Pelotas.
- Ronaldo Carpes Gorgen (1982 - Espec.) Atividade Profissional Privada

Dissertações Aprovadas no Curso de Pós-Graduação em Medicina, Área de Concentração em Nefrologia.

- Correlação Clínico-Patológica em Glomerulopatias Primárias. Experiência pessoal com punção biópsia renal percutânea. Autor: Alberto Augusto Alves Rosa. Orientador: Cesar Costa.

– Refluxo vésico-ureteral primário. Autora: Noêmia Perli Goldraich. Orientador: Jaime Kopstein.

– Efeito do ACTH sobre a excreção renal de aminoácidos. Autora: Lenita Wannmacher. Orientador: Cesar Costa.

– Fisiopatologia da glândula sudorípara em pacientes com insuficiência renal crônica. Autor: Carlos Alberto Prompt. Orientador: Cesar Costa.

– Avaliação das reservas de ferro em hemodiálise: O papel da ferritina. Autor: Carlos Abaeté de los Santos. Orientador: Domingos D'Ávila.

– Avaliação da Filtração Glomerular em DTPA ¹¹³In. Autor: Milton Zelmanovitz. Orientador: Cesar Costa

– Reutilização de Unidades Hemodialisadoras. Estudo da Depuração da Uréia e da Creatinina. Autor: Luiz Alberto Michet da Silva. Orientador: Jaime Kopstein.

– Localização da infecção urinária através da técnica da imunofluorescência do sedimento urinário, da pesquisa da proteína C reativa e da velocidade da sedimentação globular. Autor: Dolores Bender. Orientador: Oly Lobato.

– Estudo da qualidade da água utilizada na Unidade de Hemodiálise do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Autor: Reinaldo Isidro González Álvarez. Orientador: Jaime Kopstein.

●