

Traves mestras da formação em Pediatria

J. M. RAMOS DE ALMEIDA

Educar é modificar o comportamento, transmitir novas atitudes, criar —pela observação, imitação e execução— novos gestos e, finalmente, provocar a interiorização daquilo que se ensinou, ou seja, fazer com que se desenvolva uma natural adaptação interior ao comportamento recém-adquirido, que passará, assim, a ser automático.

Na técnica da educação é indispensável que se definam os objectivos, que se descrevam os conteúdos, que se refiram os métodos a utilizar para que os objectivos sejam atingidos e que se enunciem os modos de avaliação.

Segundo Jaime Salazar de Sousa (2) «O método de aprendizagem por objectivos, tem, entre muitas vantagens, as de: (a) forçar os docentes a pensar criteriosamente no que é importante o aluno aprender; (b) facilitar o ensino integrado; (c) activar a relação docente-discente e motivar o aluno; (d) conter, em si próprio, um mecanismo de retroinformação, que é útil para discentes e docentes, permitindo que se aperfeiçoe continuamente o sistema educacional».

Nas disciplinas clínicas, quanto aos objectivos é importantíssimo que nos primeiros contactos mais prolongados com os doentes, os seus familiares e o hospital, os alunos sejam, desde a primeira hora —tal como um recém-nascido em quem se

imprime, para sempre, um determinado comportamento— dirigidos no caminho certo, sem vícios ou distorções. Este caminho é o do contacto social, quer no aspecto clínico —história, observação, informação— quer no aspecto humano (3).

Há que fazer ressaltar a importância fundamental da história clínica nos seus aspectos subjectivos, especialmente numa atitude rica em calor humano e interesse, numa disponibilidade controlada, numa técnica em que há um misto de conversa amigável, de entrevista jornalística e de interrogatório policial. Procurar, ainda, treinar os alunos na correcta interpretação e valorização das palavras dos pais, na oportunidade das interrupções, na indicação para a repetição ou reformulação das perguntas, na ordenação cronológica dos factos, na valorização dos dados positivos e dos dados negativos, na descoberta da preocupação real —tantas vezes, voluntária ou involuntariamente escondida— e no modo de conclusão do interrogatório.

Quanto ao exame clínico, procurar incutir nos alunos o hábito de uma primeira observação imediata e crítica, donde quase que instintivamente, quase que subconscientemente, resulte uma ideia acerca do estado geral e de nutrição da criança, acerca da gravidade e da duração da doença, acerca do seu estado emocional e do nível social e cultural da sua família.

Depois, procurar habituá-los a uma rigorosa disciplina, em que o exame clínico fica quase automatizado, de modo a que nenhuma manobra seja omitida ou esquecida, sem prejuízo de uma maior insistência na busca de alguns sinais em face da orientação fornecida pela história.

Esforçar-se por ensinar uma abordagem correcta da criança doente nas palavras, nos gestos, nas ordens, nas brincadeiras, nos actos de investigação ou de terapêutica. A técnica dos actos terapêuticos dolorosos será exemplificada, ensinando como informar, como ordenar com carinho e autoridade, como executar com rapidez e segurança, e como criar uma atitude geral de calma, de confiança e de boa disposição.

Procurar sensibilizar os alunos para os riscos do hospitalismo, definindo com rigor as indicações de hospitalização e sensibilizando-os para uma atitude de humanização na actividade hospitalar.

Ensinar os alunos quando confrontados com um problema médico a estarem alerta para os sinais precoces; serem rigorosos na colheita dos dados e saberem ordená-los hierarquicamente, saberem reduzi-los aos seus mecanismos fisiopatológicos; conhecerem as suas alterações anatomo-patológicas; usarem de bom senso e de uma ordem lógica no recurso aos exames complementares porque, tal como na Ciência Pura na Ciência Clínica a elegância reside na economia dos processos; serem objetivos e realistas nos prognósticos e humanos na sua comunicação aos familiares; saberem os cuidados de emergência; serem equilibrados no diagnóstico diferencial; conhecerem os prós e os contras das terapêuticas; conhecerem os métodos de prevenção e de recuperação; e, por fim, saberem avaliar a resposta ao tratamento (4).

Embora os modernos aspectos da tecnologia sejam ensinados e devidamente valorizados, nunca serão esquecidos os

seus riscos nem a importância primacial de uma boa avaliação clínica.

Fazer sentir aos alunos que a Medicina é uma Ciência regida pelas leis do Determinismo, ou seja, baseada na doutrina de que toda a experimentação conduzida nas mesmas condições produzirá os mesmos resultados. Mas, por outro lado, vincar que há inúmeras variáveis biológicas nos doentes, assim como inúmeras variáveis técnicas na colheita de dados —o que representa uma limitação grave do sistema. Assim, fazer também sentir aos alunos que, para além de uma ciência a Medicina é uma Arte. Não se pode esperar que a tecnologia substitua a nossa inteligência, a nossa empatia, e nosso contacto, e que se essa Arte existe num diagnóstico, muito mais existe, por exemplo, ao falar com os pais de uma criança gravemente doente ou que acaba de morrer.

Em vez de considerar a doença uma entidade que se diagnostica através da memorização de sintomas e de sinais, procurar dar aos alunos a capacidade para uma avaliação crítica dos seus dados biológicos, matemáticos, estatísticos, psíquicos e sociais.

Em todas as aulas, e seja qual for o assunto tratado, não perder a oportunidade de chamar a atenção para a díade humanidade/responsabilidade, vincar que a profissão que exercemos é por excelência a actividade humana em que toda a tentativa para diminuir o sofrimento, corre o risco de provocar, antes, um aumento de sofrimento.

E porque a primeira preocupação do Homem deverá ser o Homem, a nossa missão para com o doente é, antes de tudo, torná-lo o mais feliz e o mais independente possível, tratá-lo como uma pessoa, logo, sem autoritarismo médico, e estimular a sua autonomia procurando atingir a sua recuperação total, logo, sem paternalismo médico.

Lembrar que, erradamente, hoje se exerce uma Medicina orientada, especificamente, para o diagnóstico. Isto resulta da enorme influência da tecnologia e da participação no processo de relação médico-doente, de inúmeros *shadow doctors*, isto é, especialistas que agem na sombra, sem contacto físico ou social com o doente, e que o encaram, exclusivamente, como um electromiograma, ou uma ecografia, ou uma tomografia axial computadorizada.

Em boa verdade, diagnóstico e terapêutica nem sempre estão irmanados, ou seja, a terapêutica ideal nem sempre é a que é dirigida para o diagnóstico, mas é, antes, a que é dirigida para as queixas principais, aquela que vai dar mais bem-estar ao doente.

Não é demais repeti-lo: não há doenças, há doentes, e cada doente merece uma atenção particularizada quanto à terapêutica.

Por fim, transmitir a noção de que não é, em regra, necessário que a terapêutica vá até às últimas consequências. Realmente, na maioria dos casos é suficiente que o tratamento ajude apenas um pouco a natureza —«o médico interior»— a resistir à agressão e, depois, a dominá-la e também a fortalecer no doente a ânsia de saúde, retirando-o de um papel de passividade e inércia para o pôr activamente a colaborar na própria cura.

A base filosófica da Medicina deve apontar sempre para um fim: saúde integral e humanidade tal como vem definida em *The Oxford Dictionary* (5): «devoção aos interesses do Homem».

Basta entrar, hoje, nos hospitais e observar a atitude da maioria dos médicos e do restante pessoal de Saúde para com os doentes e os seus familiares, para se compreender a urgência e a importância desta formação.

E todos, sem excepção, temos alguma coisa que aprender.

Para melhor ilustrar o que afirmo, e embora a «Comissão Internacional de Orientação dos Editores de Revistas Médicas» desaconselhe que se recorra a comunicações pessoais, não posso deixar de citar o seguinte (6).

Há tempos cruzei-me com um meu amigo, professor da Faculdade de Ciências Médicas, na entrada de um Hospital Central onde, cada um de nós tinha um seu familiar, muito querido, internado.

Discorremos, então, acerca da inédita condição que estávamos a viver e a que não estávamos habituados: tínhamos passado para o outro lado, não éramos médicos, éramos, sim, familiares do doente.

E concluímos, embora qualquer um de nós tivesse mais de um quarto de século de prática clínica e uma preocupação natural pelos seus aspectos humanos —que passos difíceis e dolorosos como aquele nos faziam melhor compreender o drama das famílias e nos aperfeiçoavam.

E continuando, depois, sozinho, a meditar e a especular sobre o problema de sentir a doença na própria carne, perguntei a mim próprio e ousei escrevê-lo aqui, se não deveriam obrigatoriamente parte do *curriculum* de todo o estudante de Medicina, um internamento de alguns dias num hospital estatal, de modo a que —embora com a enorme vantagem de não estar realmente doente e de o passoa saber que se tratava de um estudante de Medicina— cada um tivesse a oportunidade de conhecer e de sentir (aproximadamente) a vivência do doente internado.

Tenho a perfeita consciência de que esta proposta vai escandalizar, mas sustento que ela se justifica e enriqueceria em humanidade de uma forma inigualável, os futuros médicos.

Tudo o que antes foi dito, cabe nesta «prece» de Arnold Rudolph (7), do Baylor

College, da Universidade de Houston, que está afixada em vários pontos das nossas Unidades de Cuidados Intensivos e Inter-médios e periodicamente deverá ser lembrada aos alunos e aos médicos:

«Livrai-nos da tentação de intervir nos doentes que estão espontaneamente no caminho da cura; livrai-nos de um excessivo amor ao que é recente e do desdém pelo que é antigo; livrai-nos de pôr os conhecimentos à frente da sabedoria, a Ciência à frente da Arte e a inteligência à frente do bom senso; livrai-nos, ainda, de tratar os doentes como casos e de tornar a cura numa doença mais penosa do que a própria doença».

Quanto, em primeiro lugar, aos objectivos, eles têm, como disse Nogueira da Costa (8), de ser «objectivos», ou seja: pertinentes, precisos, bem definidos, coerentes, concretizáveis e mensuráveis (1).

Por seu lado os conteúdos deverão ser amplos mas sem a pretensão de esgotar a matéria; úteis, realistas, práticos e adaptados às necessidades e prioridades locais; interessantes e estimulantes de ulterior investigação; baseados nos princípios fundamentais; elásticos e permanentemente actualizados.

Os métodos podem classificar-se em três tipos: instrução, educação e amestragem (9).

Instrução, consiste no fornecimento dos conhecimentos indispensáveis que devem ser memorizados, interpretados e generalizados.

Era o antigo método de ensino, criticado e apodado de *spoon-feeding* pelos autores anglo-saxónicos. Mas, a verdade é que, como corajosamente afirmou Jaime Salazar de Sousa (10): «Tudo se torna vazio de sentido e obviamente inviável se não houver uma soma razoável de conhecimento —que o professor transmitiu, proporcionou, ou para os quais estimulou o interesse de procura».

Educação é, como disse António José Saraiva (9), «Formação que pode ser intelectual, mas também pode ser social,

mundana, moral e até física... A educação supõe não apenas conhecimentos, mas também valores... Etimologicamente educar (*educere*) significa trazer de dentro para fora, como quem traz à superfície a água de uma mina subterrânea ou, melhor ainda, como quem ajuda uma semente a tornar-se flor e fruto. Isso propriamente é educar: criar as condições favoráveis a que uma planta produza segundo a sua semente. Educar é fazer com que cada um se desenvolva em conformidade com a sua própria natureza».

Trata-se de recepção, adaptação e interiorização de valores.

Amestrar é levar o educando a ter uma determinada resposta automática perante um determinado estímulo. É a aquisição de certas respostas reflexas, que, por vezes, levam anos a conseguir, e que pela repetição que requerem, se adquirem mais facilmente na vida clínica pós-graduação.

Quanto aos métodos deverão ser adaptados à capacidade intelectual do grupo ou, do sistema tutorial, mesmo de cada educando, assim como à sua personalidade. Os métodos deverão ainda ser estimulantes, de modo a que os alunos lhes sejam receptivos sem grande esforço.

Os métodos deverão incrementar a independência e a expressão pessoal do aluno; abri-lo a todo o espectro do comportamento humano; ter uma acção formativa, estimulando o gosto pelo estudo e ensinando como se estuda, e ampliando o prazer pela acção criadora e pela correcta execução de uma tarefa; e, finalmente, preparando-o para ser capaz de assumir responsabilidades e de trabalhar em grupo sem veleidades de dominação.

Para que isto se concretize é indispensável que o docente seja um modelo de identificação, um exemplo a seguir de capacidade, de posse de conhecimentos, e de equilíbrio físico, mental e social.

Finalmente, a avaliação deverá ser multifacetada, isto é, capaz de determinar em que medida os objectivos foram atingidos, assim como a qualidade dos conteúdos e a eficácia dos métodos.

A avaliação não deverá ser somente inquiridora, indagadora e fiscalizadora, mas deverá ser, também, formativa, levando o aluno colocado em competição consigo próprio a uma prossecução da sua formação permanente.

Acredita-se que um sistema de avaliação eficaz é mais importante do que a definição isolada dos objectivos, porque se aqueles não forem concretizados isso não passará despercebido, aos alunos, que farão sentir ao professor a necessidade de os redefinir, ou então, de alterar os conteúdos ou os métodos, de modo a que os objectivos passem a ser atingidos (2).

A avaliação funciona, assim, como um mecanismo de retroinformação, que incide nos alunos, nos professores e globalmente na técnica pedagógica.

Seja qual for o conteúdo de avaliação utilizados —provas orais, provas escritas de diversos tipos ou provas práticas reais ou simuladas— as questões, quer simples, quer complexas, deverão ser pertinentes, ou seja, relacionadas com os objectivos, precisas, claras, curtas mas completas e, de preferência, práticas, úteis, realistas e pragmáticas (1).

Assim deve evitar-se as questões que têm as características diametralmente opostas às citadas acima, isto é, as questões despropositadas, ambíguas, longas, incompletas, irrelevantes, esotéricas, ou, que derivem de critérios pessoais do examinador ou, ainda, que tenham a forma de charada ou que contenham ardis e armadilhas (1).

As questões deverão, ainda, de preferência, não ser baseadas na memorização ou no exclusivo conhecimento de factos,

mas ser, antes, do tipo que requer ou uma interpretação de dados, ou uma aplicação de princípios, ou a construção de um juízo clínico, ou a selecção de um tipo de comportamento.

«Imagination is more important than knowledge» disse Albert Einstein e, já antes, Benjamin Franklin afirmara: «To cease to think creatively is but little different from ceasing to live».

Acredita-se que os exames escritos são mais completos, mais objectivos, mais variados e menos sujeitos à intervenção de factores pessoais objectivos, como o nepotismo, ou subjectivos, como a simpatia (1).

Com a preocupação de usar ao máximo todos aqueles prediados surgiram os testes de resposta múltipla, hoje muito em voga. Eles têm algumas vantagens, e pode ser que sejam a única alternativa, quando, como sucedia antes da instituição de *numerus clausus* nas Faculdades de Medicina, se tinha de avaliar centenas de alunos por época.

Porém, e a propósito dos testes de resposta múltipla, não posso deixar de citar outra comunicação pessoal que me foi feita por Marvin Cornblath, professor de Pediatria em Baltimore (11). Ao fazer um daqueles testes errou, entre muitas, uma questão acerca da hipoglicémia no recém-nascido, assunto sobre o qual publicara vários trabalhos originais e um livro de texto fundamental. Naturalmente aborrecido, pediu que lhe fosse indicada a referência bibliográfica em que estava baseada a resposta e verificou, assombrado, que se tratava de um trabalho seu.

Isto é um exemplo das armadilhas —para quem responde e logo para quem classifica— que estes testes contêm. Há um grau ótimo de ignorância que permite um número máximo de respostas certas. Mais ou menos ignorância do que aquela, produzem piores resultados, ou mesmo por ignorância, ou porque se conhecem

mais alternativas do que as pré-seleccionadas pelos autores do teste, o que, obviamente, prejudica a resposta. Do antes exposto resulta que testes deste tipo são muito difíceis de realizar.

Por outro lado, testes em que se abusa de questões onde se afirma que na situação X ocorre sempre, ou nunca ocorre o sintoma Y, são irreais e vão contribuir para o desenvolvimento nos educandos, no que diz respeito a critérios clínicos, de uma rígida mentalidade escolar.

Nos exames orais, embora aparentemente mais subjectivos, há a possibilidade de intervenção de inúmeros factores que por serem subscientes, não são, por isso, menos objectivos e que o nosso computador cerebral regista e utiliza com rigor no seu programa da avaliação.

Há, ainda, a permanente possibilidade de um diálogo vivo e elástico, logo, de completar, a todo o momento, o que ficou incompleto e de justificar o que ficou mal definido ou mal compreendido.

Se se pretender ser muito completo há sempre a possibilidade de mudar constantemente de assunto ou de fazer um grande número de pequenas questões.

Finalmente, há oportunidade para um contacto humano directo —a melhor maneira de se avaliar comportamentos, gestos e atitudes.

Isto será, ainda mais valorizado nos exames práticos. Ao confrontar o aluno com situações reais e observando como reage e como age poder-se-á avaliar a qualidade da sua relação, a sua segurança, a sua confiança, o seu auto-domínio, a sua energia, a sua capacidade para selecção entre várias hipóteses, o seu espírito de decisão, a sua iniciativa.

São estas algumas das condições que, para além da indispensável formação científica, se imprima nos alunos uma correcta maneira de estar nos campos humanístico e ético, que daquele são inseparáveis, de modo a que um dia possam dizer, com verdade e paz de espírito, que ganharam o direito de exercer Medicina.

BIBLIOGRAFIA

1. GUILBERT, J. J.: *Guide Pédagogique pour les Personnels de Santé*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1981.
2. SOUSA, J. S.: *Ensino Pré-Graduado de Medicina. Metodologias*. In: *Debate sobre Ensino Pré-Graduado na Faculdade de Medicina de Lisboa*. Documento Interno da Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa 1984, pp. 27-35.
3. VILLARES, E. S. S.: *Reflexiones en la Frontera de Medio Siglo de Pediatría*. Valladolid, Secretariado de Publicaciones de la Universidad, 1985.
4. DIAZ, C. J.: *Los Métodos de Exploración Clínica y su Valoración*. Madrid, Paz Montalvo, 1954.
5. *The Oxford Dictionary*. Londres, Caxton, 1967.
6. COELHO, R. A.: Comunicação pessoal.
7. RUDOLPH, A.: *Iatrogenic Problems in Neonatal Intensive Care*. 69th Ross Conference. Columbus, Ross Laboratoires, 1976.
8. COSTA, N.: *Definição de Objectivos*. In: *Debate sobre Ensino Pré-Graduado na Faculdade de Medicina de Lisboa*. Documento Interno da Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa, 1984, pp. 31-35.
9. SARAIVA, A. J.: *Educação, Instrução e Amestragem*. Expresso, 10.8.85.
10. SOUSA, J. S.: *Programa de Ensino de Pediatría*. Lisboa, não publicado, 1977.
11. CORNBATH, M.: Comunicação pessoal.