

# EVOLUÇÃO DO ENSINO NO CICLO CLÍNICO NA FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA\*

## (2.<sup>a</sup> Parte)

J. CELESTINO DA COSTA\*\*

Serviço de Patologia Cirúrgica. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

### RESUMO

A evolução do ensino clínico na Faculdade de Medicina de Lisboa fez-se em duas fases fundamentais: 1. A de estabilidade e continuidade institucional (de 1911 a 1947) com regras bem estabelecidas de selecção de docentes, representados por um grupo de personalidades notáveis (F. Gentil, Pulido Valente, Reynaldo dos Santos, Egas Moniz, A. Flores, Sobral Cid, Lopo de Carvalho, Gama Pinto, etc). Concomitantemente existia um Hospital Escolar autêntico onde surgiu investigação original (arteriografia cerebral e leucotomia, aortografia e arteriografia dos membros, angiopneumografia e endarterectomia) e novas especialidades (Act. Méd. Port. 1990; 2: 109-114). 2. A face de instabilidade institucional com intervenção política destabilizante, destruição da organização hospitalar universitária, desaparecimento de regras convenientes para selecção de docentes, aumento incontrolável do número de alunos, de médicos hospitalares, de doentes admitidos pelo serviço de urgência (Fig. 1) e a promulgação dum grande número de leis contraditórias e mal fundamentadas (Fig. 3). É neste clima de plétora e de deteriorização pedagógica que será necessário imaginar um outro sistema de ensino clínico.

### SUMMARY

The evolution of the clinical teaching at the Lisbon's Faculty of Medicine

Clinical teaching at Lisbon's Faculty of Medicine is analyzed in its two phases: 1. A period of stability and continuity of the institution (from 1911 to 1947) characterized by good rules in the selection of teachers: an impressive group of personalities (F. Gentil, Pulido Valente, Reynaldo dos Santos, Egas Moniz, A. Flores, Sobral Cid, Lopo de Carvalho, Gama Pinto, etc). At the same period a true University Hospital (of Santa Marta) provided clinical investigation (cerebral angiography and leucotomy, aortography and arteriography of the limbs, angiopneumography, endarterectomy) and the creation of new specialities (neurosurgery, vascular surgery, pneumology) (Act. Méd. Port. 1990; 2: 109-114). 2. A period of instability due to a deleterious political intervention (from 1947 to the present day) responsible for the destruction of the structure and concept of a new teaching hospital (Hospital de Santa Maria). As a result of the socio-political situation (Fig. 1) conflicting laws and vicious rules lead to an excess of non-selected teachers and an alarming increase of students, patients and medical doctors (Fig. 3). A change from the present situation and a new concept of clinical teaching must be imagined.

## B) A FASE DE DESTABILIZAÇÃO E DE INSTABILIDADE

**FACTOS SÓCIO-POLÍTICOS** foram dominantes na evolução do ensino, particularmente do ensino clínico, tão intimamente ligado à instituição hospitalar.

Esquemáticamente considerámos 4 períodos evolutivos:

- 1) O final da Guerra (1945)
- 2) A transição de regimen Salazar-Caetano (1968)
- 3) A revolução de 1974
- 4) O período de integração europeia (1985/86) (Fig. 1).

### 1) O FINAL DA GUERRA

#### A — O Castigo da Faculdade

Com o final da Guerra uma onda de renovação política e de democracia varreu a Europa, como se sabe.

Em Portugal a primeira grande contestação ao regimen salazarista, com o movimento do M.U.D. (1945), sobressal-

to os governantes. A F.M.L. sempre fora uma instituição independente e de contestação, embora não politizada.

Mas isso bastou para que se tornasse num alvo de fúria governativa. O *castigo da Faculdade* ia começar. Em 1947 dava-se uma invasão policial do edificio do Campo de Santana, com vexames para alunos e professores. Nesse mesmo ano, invocando-se um movimento sedicioso que nunca existiu, verificaram-se demissões de professores universitários de várias escolas. No ciclo clínico da F.M.L. a Escola de Pulido Valente desaparecia.

Associado a este fenómeno político outras causas mais naturais enfraqueceram a Faculdade: em 1944 Egas tinha atingido o limite de idade, em 1946 Wohlwill partia para os E.U.A., em 1948 Gentil e em 1950 Reynaldo atingiam também o limite de idade.

Por uma porta saíram as personalidades e por outra entraram o medo e a insegurança, que conduziram a uma certa mediocridade.

Em 1948 uma nova reforma modificava as condições dos concursos (com júris *ad hoc* apenas de especialistas) e estabelecia um novo plano de estudos, com exames para as 4 semióticas (somados aos das cadeiras pré-clínicas e mais cadeiras de especialidades, o que aumentou o número de exames nos 3.º, 4.º e 5.º anos para um total de 22 exames — contra os 12 exames da reforma de 1930) (Quadro 5).

A selecção de novos docentes sofreu em especial com este

\* Preparado para a *Reflexão sobre o Ensino no Ciclo Clínico* organizado pelo Conselho Pedagógico da Faculdade de Medicina de Lisboa — Prof. Lobo Antunes.

\*\* Por convite da A.M.P.

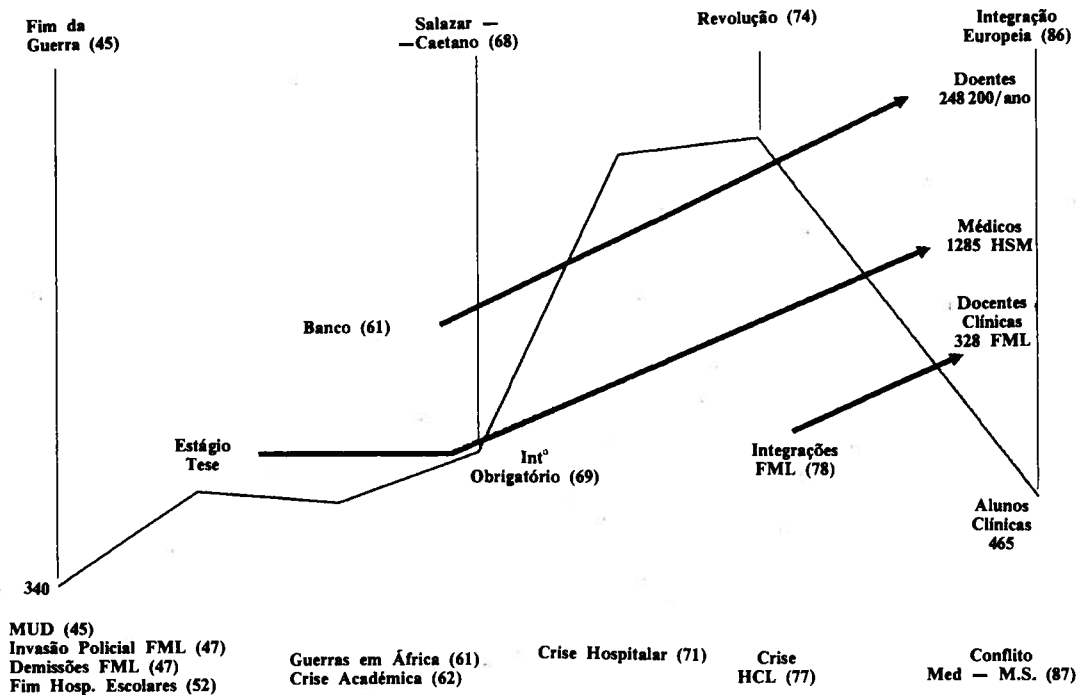


Fig. 1 — Factos Sócio-Políticos

estado de coisas. As grandes personalidades, apesar da vaidade, são mais generosas para os jovens talentos e mais críticas para os mediocres.

A situação estava madura para **mais um castigo à F.M.L.** Já muito perto da abertura do novo HOSPITAL ESCOLAR DE LISBOA, construído pelo Estado para o ensino clínico na F.M.L., um decreto (de 1952) faz desaparecer os Hospitais Escolares (de Lisboa e do Porto) do mapa. Transforma-os em simples Hospitais Centrais (de Santa Maria e de S. João) ligados ao Ministério do Interior.

Em 1954/55 os Institutos da Faculdade e as Clínicas Universitárias de Santa Marta transferem-se para o novo edifício comum.

As condições em que se fez a transferência foram vexatórias e humilhantes. A Faculdade perdera a força e a coragem para se opôr. O espírito de unidade que caracterizara os seus docentes, mesmo na ocasião de lutas internas, transformara-se no sentimento egoísta e impotente do *salve-se quem puder*.

QUADRO 5 — Reforma de 1948 — plano de estudos

3.º ano	4.º ano	5.º ano
Prop. Médica	Pat. Médica	Clínica Médica
Prop. Cirúrgica	Pat. Cirúrgica	Clin. Doenças Pulm.
Sem. Radiológica	Medicina Oper.	Clínica Cirúrgica
Sem. Laboratorial	Siligrafia	Obstetria
Anat. Patológica	Dermatologia	Ginecologia
Patologia Geral	Urologia	Medicina Legal
Bacteriol. e Paras.	Higiene	Toxicologia Forense
Farmacologia	Epidemiologia	Psiquiatria
	Anat. Patol. Espe.	Deontologia Profis.
	Terapêutica Geral	Neurologia
	Molestias Infec.	Oftalmologia
		Pediatria
		Ortopedia
		Oto-Rino-Laringol.
7 Exames (4 + 3)	7 exames Total 22 Exames	8 exames

**B — A Abertura do Hospital de Santa Maria: Lei Orgânica do H.S.M. e Reforma de 1955**

A **Instituição Hospitalar** que sucedeu ao Hospital Escolar de Santa Marta apresentava características completamente diferentes nas suas relações com o ensino e o pessoal docente, na sua dimensão e nos seus quadros.

1. Um novo diploma — A Lei orgânica do HOSPITAL DE SANTA MARIA — promulgada logo na abertura do Hospital (1955) — foi exemplo tipo das numerosas leis que o Conselheiro Trigo de Negreiros dedicou à Saúde, brilhantemente articuladas e lógicas, mas assentes em princípios errados (Fig. 3).

Vejamos qual era a situação criada pela lei:

— A Faculdade e seus docentes eram **hóspedes tolerados** naquele grande Hospital de 1300 camas; iam ao Hospital dar aulas, desligados duma acção clínica concomitante.

— Deixara de haver **inerência na direcção dos serviços** para os professores das respectivas cadeiras.

Mantivera-se, contudo, nessa época inicial, o sistema de vagas e de concursos nos quadros da Faculdade e a direcção dos serviços com ensino oficial mantivera-se ligada aos respectivos directores, mais por bom senso do que por imperativo legal, conforme o compreendeu Coriolano Ferreira, cuja acção honesta e competente nos trouxe, na época, grandes benefícios.

— As **Clínicas Universitárias** tinham desaparecido para dar lugar ao que se chamou **serviços de acção médica**, acção esta que passou a ser confundida, nas listagens oficiais, com outros serviços como os administrativos, as lavandarias ou as cozinhas, sem que se lhe reconhecesse a sua posição hierárquica.

— A criação dum novo quadro médico foi, como adiante veremos, outra fonte de embaraços no funcionamento da organização hospitalar.

2. Contemporaneamente com a **Lei orgânica do Hospital** fora promulgada uma **Reforma de estudos (1955)** adaptada às novas condições de ensino num grande hospital (Quadro 6).

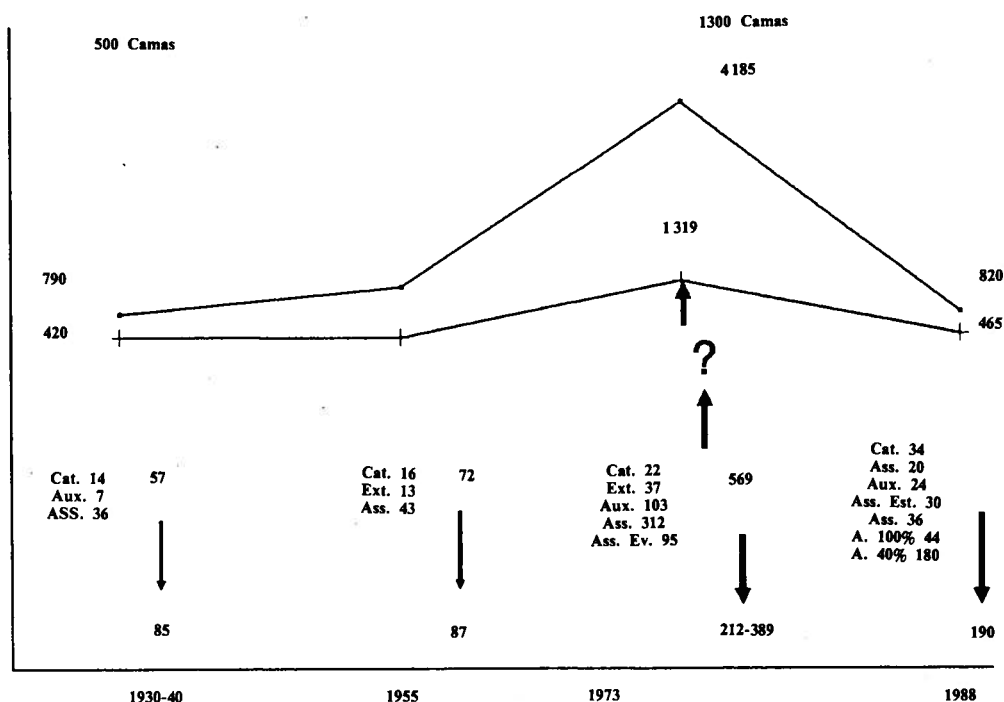


Fig. 2 — Relação alunos/docentes. Camas/licenciaturas.

Segundo esse plano (que sucedeu ao de 1948) o curso passara a ter 6 anos com um 4.º ano no qual às quatro semiologias se associavam a Higiene, a História da Medicina, a Deontologia e a Ortopedia. No 5.º ano havia para além das Patologias Médica e Cirúrgica, Medicina Operatória e Terapêutica Médica (4 cadeiras gerais!), Obstetrícia, Ginecologia, Dermatologia, Oftalmologia e Neurologia. No 6.º ano às Clínicas Médica e Cirúrgica associavam-se, a Pneumotisiologia, as Doenças Infecciosas, a Urologia, ORL, Pediatria Médica e Cirúrgica, a Medicina Legal.

Para além deste aumento quantitativo de cadeiras e de exames, um total já incómodo de 26, a reforma de 1955 distinguira-se por ter feito surgir de novo a tese de licenciatura e ter instituído um estágio clínico, obrigatório, no ano seguinte à terminação do curso.

A obtenção do diploma de licenciatura só era possível após conclusão do estágio.

Estas duas medidas prolongavam demasiado o período de pré-graduação (que passara a 7 anos) mas tinham aspectos francamente positivos que poderiam ter perdurado se tivesse havido a coragem e a sabedoria de concentrar o 4.º, 5.º e 6.º ano em dois anos.

Na realidade a tese de licenciatura foi a única oportunidade que os alunos tiveram de aprender a redigir um trabalho, a organizar uma bibliografia e a estudar com mais autonomia um assunto ou uma técnica. Associou, enquanto durou, muitos alunos a laboratórios básicos e a serviços clínicos.

Com o estágio estabelecia-se o princípio dum ano de prática clínica que compensasse o ensino demasiado teórico do curso, embora a sua organização fosse um tanto anacrónica em relação às necessidades da época.

3. Ao novo plano de de estudos correspondera a criação de novos serviços (Quadro 2):

Propedêutica Médica (Eduardo Coelho — Ducla Soares) e Propedêutica Cirúrgica (J. Celestino da Costa), Medicina Operatória (Bello Morais) e Terapêutica Médica (Frederico

Madeira), duplicaram os serviços gerais de 4 para 8. Surgiu de novo a Urologia (com Carneiro de Moura) e, pela primeira vez, um serviço de Dermatologia (Juvenal Esteves). Outros serviços de especialidade que não existiam em Santa Marta foram também criados: a Obstetrícia e Ginecologia (Freitas Simões), a Oftalmologia (Lopes de Andrade), a Otorrino-laringologia (Larroudé), a Ortopedia (J. Mineiro), as Doenças Infecciosas (Morais David) e a Psiquiatria (Barahona Fernandes).

Mantinhm-se especialidades já existentes no Hospital Escolar: Pneumologia (Lopo de Carvalho), Neurologia e Neurocirurgia (Almeida Lima) e Pediatria (Castro Freire e Carlos Salazar de Sousa). Surgiu então um serviço de Cardiologia, de concepção inteligente e avançada, criado por Eduardo Coelho, à margem da Faculdade e do consenso hospitalar, o que veio a ter consequências destabilizadoras para a especialidade, situação que ainda hoje perdura.

Simultaneamente os laboratórios de serviço tinham evoluído para laboratórios centrais especializados: a hematologia, a bacteriologia e a bioquímica cuja direcção não ficou perfeitamente vinculada à Faculdade, e com alguma culpa dela, com notórios inconvenientes.

4. Mas a nova dimensão do hospital e a multiplicidade de serviços levaram à reformulação de quadros, uma vez que o quadro universitário era manifestamente insuficiente.

Dentro do espírito anti-Hospital Escolar estava a porta aberta ao Ministério do Interior (e à Secretária de Estado da Saúde) para tentar (e conseguir) criar um quadro médico puramente hospitalar, desligado da Universidade.

Assim surgiu, em Santa Maria, uma das mais graves e duráveis situações, com consequências que o tempo só fez agravar: a instalação dum quadro médico paralelo e dicotómico ligado a 2 ministérios diferentes, não hierarquizado e não devidamente interrelacionado.

Foram imaginados pela Secretária de Estado da Saúde novos lugares médicos, independentes de qualquer carreira médica da Faculdade ou do Hospital e de vinculação directa

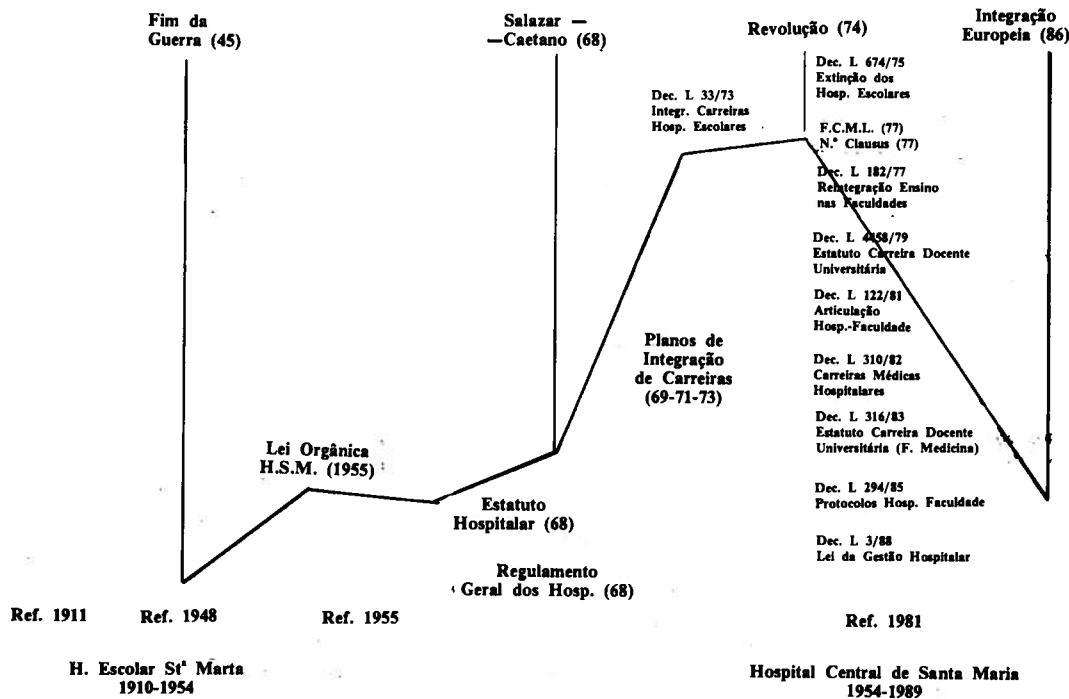


Fig. 3 — Regimens e Leis.

QUADRO 6 — Reforma de 1955 — plano de estudos

4.º ano	5.º ano	6.º ano
Prop. Médica e Sem. Laboratorial	Patologia Médica Anat. Pat. Esp.	Cl. Médica Pneumotisiologia
Terap. Geral e Hidrologia	Terap. Médica Pat. Cirúrgica	Cl. D. Infeciosas Cl. Cirúrgica
Prop. Cirúrgica Sem. Radiológica	Anat. Pat. Esp. Med. Operatória	Urologia O.R.L.
Higiene e Med. Social	C. Obstetrícia Ginecologia	Cl. Pediat. Puer. Medicina Legal
Hist. Medicina Deontologia	Dermatologia Oftalmologia	Psiquiatria
Ortopedia	Neurologia	
8 Exames	9 exames	9 exames
	<b>Total 26 Exames</b>	
	<b>Estágio Clínico — Tese</b>	

à direcção do hospital: os então chamados *policlínicos* e *médicos graduados*.

Para combater esta tendência de nomeação directa de médicos sem carreira lutou-se pela criação dum *internato médico* semelhante ao dos H.C.L. ou seja, com as suas diversas fases de treino médico e a sua rotatividade.

Mas esta solução levou a duas situações aberrantes: a) a possibilidade de se chegar a *assistente hospitalar* e a *chefe de serviço* sem qualquer vínculo universitário e sem funções docentes oficiais; b) a existência de assistentes universitários sem funções hospitalares oficiais — assistentes sem doentes a seu cargo, ou seja, aos quais era negada a base essencial do ensino prático da clínica, aos quais era negado o ingresso numa carreira hospitalar. Nem sequer tinham direito a uma bata.

Paradoxalmente a mesma lei previa a abertura do bloco operatório e dos quartos particulares a qualquer cirurgião do exterior que os desejasse utilizar, em regimen de clínica pri-

vada. Inacreditável mas verdadeiro! Exemplo típico do estranho espírito que se pretendeu dar ao H.S.M.

5. Dos anos 1954 a 1961

Concebido como um hospital de referência, apesar de todas as vicissitudes e obstáculos surgidos nas relações com a Faculdade, o H.S.M. conheceu, de 1954 a 1961, um processo de organização que o apontava como um hospital de concepção moderna onde se procurava diferenciar um ambulatório e um sistema de admissão diferente do que se praticava nos outros hospitais da capital. As consultas tinham uma organização própria e uma circulação estudada. Os novos serviços de especialidade garantiam-lhe uma cobertura de internamento diferenciada.

Mas novos factores de destabilização iriam surgir, produzindo significativas alterações no funcionamento do H.S.M. e no próprio processo do ensino: a abertura dum Banco, por um lado, e o aumento progressivo e incontrolado do número de alunos.

6. A abertura do Banco (1961) (Fig. 1)

A pressão da situação caótica da chamada urgência na cidade levou os dirigentes políticos, contra todos os conselhos e avisos de pessoas competentes, a abrir, em 1961, em Santa Maria, *coercivamente*, um Banco, à maneira de S. José, deixando o hospital à mercê da rua. Curiosamente foram utilizados argumentos tão errados como os que levaram agora à abertura de S. Francisco Xavier.

Planeado à margem das situações dos serviços, num esquema topográfico e num sistema de funcionamento tão estúpidos como inoperantes, o novo serviço de Urgência, destruiu o serviço de consultas e de admissão triada. O ambulatório desapareceu e os serviços de internamento foram inundados por doentes indiferenciados.

Foi necessário criar escalas de Banco que alteraram o número e distribuição dos médicos em cada serviço.

A urgência tornou-se a prioridade dum hospital que podia ter desenvolvido a sua relação com a comunidade através do ambulatório e dos doentes externos e também dum Centro de Saúde que urgia criar.

Tornou-se impossível, para a assistência e para o ensino,

ligá-los a uma medicina comunitária — a um sistema de saúde, onde se integrassem doentes e estudantes. Assim se iniciou o processo que conduziu à **plétora de doentes**.

7. Outro importante factor de destabilização foi o do **aumento do número de alunos**.

Coincidindo com a abertura do H.S.M. e o plano de estudos de 1955 começa a desenhar-se um fenómeno que cedo alarmou os dirigentes da Faculdade: a súbita rápida do número de alunos, muito marcada a partir de 68 e que atingiu o auge em 1973 (Fig. 2), quando o número total de alunos atingiu 4185, dos quais 4319 pertenciam ao ciclo clínico.

Esta impressionante **plétora de alunos** foi causa dominante duma grande desorganização no ensino e da procura de uma relação docentes-discentes baseada sobretudo naquela expressão numérica, com certo esquecimento da relação correcta do número de médicos em relação à estrutura hospitalar. Quando o número de alunos atinge o seu pico estabelece-se uma verdadeira *psicose do número* e estuda-se um quadro de docentes (que não chegou a ser instituído) que poderia ter atingido 569 (Fig. 2).

O número de licenciaturas rondava, nessa altura, as 400 anuais.

Chegou-se a um beco sem saída uma vez que a instituição do *numerus clausus* era constantemente negada e o Governo não queria impôr medidas que lhe trouxessem dificuldades. Mas a verdade é que o **ensino clínico autêntico deixou de se fazer e anos lectivos sucessivos viram sair da Faculdade médicos insuficientemente preparados**.

Para os alunos e para a sociedade foi um desastre e para os professores causa de enorme frustração.

O **aumento do número de alunos e de docentes** e a variação que depois se verificou, foram muito influenciados pelos regimens legais em que se viveu e por uma sucessão de factos sócio-políticos (Fig. 1).

A eclosão das Guerras de África (1961) com a sua problemática de mobilizações (necessidade dum maior número de médicos mobilizáveis) e a crise académica de Lisboa (1962) que alertara o Governo para os riscos dos movimentos estudantis, certamente facilitaram a entrada de maior número de alunos na Faculdade.

## 2) A TRANSIÇÃO SALAZAR-CAETANO

A transição Salazar-Caetano (1968) levou a um certo abrandamento governamental. Com um novo governo mais tímido e ainda a olhar para 62 e para o Maio de 68 mais facilidades surgiram para os alunos.

### 1. Abolição do estágio — Plétora de internos (Fig. 1)

O curso de 7 anos (incluindo o estágio) era pesado e conduzia a formaturas mais tardias. Assim o **estágio foi substituído por um ano de internato obrigatório pago**, sendo simultaneamente abolida a tese (Dec. Lei 48879 de 1969). A pretexto de que o internato do 1.º ano se terminava em hospitais não ligados a Faculdades com esse decreto **estabelecia o Governo mais uma medida anti-faculdades, retirando-lhes o direito de conceder a licenciatura em medicina**.

Com a perspectiva dum ano remunerado, logo após o curso, encurtado de 1 ano, e dum início de carreira hospitalar automaticamente concedido, o número de alunos continuava a subir em flecha (Fig. 2).

Mas a nova lei conduzia, simultaneamente, a uma entrada maciça de internos para o 1.º ano de Internato com consequências destabilizadoras graves: o número restrito de vagas tradicionalmente abertas cada ano tinha sido substituído pela admissão do número total de licenciados, por sua vez, em acentuado crescimento anual.

Assim se acumulou um número importantíssimo de internos no internato geral. Esta acumulação, por si só, desregulou as estruturas institucionais, que para tal não estavam

preparadas. A rotação obrigatória do internato (geral, complementar, graduado) por um período limitado de anos deixou de se fazer nos seus prazos. Os exames de saída paralisaram, acumulando-se, por vezes, mais duma formatura sem exame.

Assim se gerou uma **plétora de internos**, com consequências precoces (crise hospitalar de 71) e tardias (integração maciças) (Fig. 1).

### 2. Reexame dos Hospitais Escolares. Integração de carreiras (Fig. 3)

Foi esta situação confusa e insustentável, agravada com novas leis — *Estatuto Hospitalar e Regulamento Geral dos Hospitais*, de 1968, — que tornou imperiosa uma revisão. Seria já no período de Marcelo Caetano, que começou a considerar-se a necessidade dum *Estatuto dos Hospitais Escolares*. Com a publicação do *Estatuto da Carreira Docente Universitária* (1970) mais premente se tornou a estudar a integração das carreiras universitária e hospitalar nos Hospitais Escolares (designação que, de novo, surge, como uma necessidade de definição dessas instituições). É mesmo criado um *Conselho Coordenador dos Hospitais Escolares* (1971) que deveria vir a englobar os *Hospitais Universitários de Luanda e Lourenço Marques*, criados por essa altura.

Acaba por ser aceite o princípio da **unificação de quadros** dos Hospitais Escolares e estuda-se a integração e elaboração dum novo quadro médico da F.M.L./H.S.M. (1971).

O ponto mais alto deste movimento renovador é atingido com o Decreto Lei 33/73 (de Veiga Simão e Gonçalves Ferreira) que estabelece a *Integração das Carreiras Médicas nos Hospitais Escolares*, finalmente e novamente reconhecidos como tal.

Procurava-se assim **unidade** e não **dicotomia** no pessoal médico, reduzindo o número de médicos a níveis razoáveis (a acumulação de médicos nos Hospitais Escolares tinha levado a uma crise grave em 1971, com mobilizações dos hospitais).

## 3) A REVOLUÇÃO DE 1974 E AS SUAS LEIS (Fig. 3)

A revolução de Abril de 1974 interrompeu este processo de integração e decretou em 14 de Novembro de 1975 (Dec. Lei 674/75) a extinção de todos os hospitais especiais de ensino. De notar a sua data: 14 de Novembro de 1975.

O ensino passaria a ser universalmente praticado por todos os médicos hospitalares e em todos os Hospitais Centrais. Uma integração de sentido inverso, com nivelamento por baixo, concebida com ignorância e uma certa maldade.

A confusão nos hospitais foi enorme e deu lugar a novas crises graves: no H.S.M. aquilo a que se chamou *departamentação* (1976) à qual ficou ligado um sentido pejorativo pois a pretexto da *departamentação* vingou um estado de oportunismo selvagem e de não aceitação das hierarquias institucionais. Nos H.C.L., por recusa dos seus médicos em se transformarem obrigatoriamente em docentes, cerca de 1000 alunos viram os seus estudos interrompidos (1977).

A criação da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa e o estabelecimento do *numerus clausus* (1977) melhorou a situação **mas o erro tremendo daquele decreto nunca mais foi completamente corrigido**. Por falta de coragem e de clareza. Começaram então a surgir decretos com soluções parciais, dominados por uma espécie de medo e de aversão em se considerar frontalmente o problema dos Hospitais Universitários (Fig. 3).

O Decreto 182/77 não foi suficiente para corrigir a situação e manteve uma plétora de docentes. Sem concursos e sem limites de vagas procedeu-se a uma **integração de professores catedráticos** (78/79) sem a mínima consideração por uma análise curricular honesta e rigorosa e pelo justo equa-

cionamento quantitativo dos quadros. Era a plétora de docentes (Fig. 3).

Desaparecera a escolha por concursos competitivos. E volta-se a querer resolver o problema do ensino clínico com medidas parciais que não consideram a necessária **unidade institucional** da Faculdade/Hospital. Fala-se então de *articulação* entre instituições de ensino médico e instituições hospitalares, citando ainda o famigerado Dec. 674/75 nunca completamente revogado (Dec. Lei 172/81). O Estatuto da Carreira Docente no seu Art.º 105 refere-se especialmente aos docentes das clínicas cuja situação contudo nunca mais é definida para que não tenha de se reconhecer que os Hospitais Escolares são uma necessidade. Particularmente grave é não se reconhecer em várias leis (Dec. Lei 172/81 e Dec. 310/82) o princípio fundamental de que a direcção dos serviços deve ser **inerência** do professor da respectiva Cadeira. Nota-se bem, mesmo para hospitais não universitários, limitar a escolha do director apenas aos médicos do próprio serviço, com critérios de prioridade puramente administrativos, é um método que conduz à fossilização da instituição, em vez de ser um factor do refrescamento que novas personalidades trazem.

Critério que nem para nomear um chefe de bombeiros serve, quanto mais para um professor universitário ou um director de serviço clínico nos H.C.L.

O Dec. Lei 294/85 que reconhece a necessidade dum *responsabilidade conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde na formação de médicos* não chegou a ver regulamentada essa afirmação de princípios: ela volta a ser negada pela Lei de Gestão Hospitalar (Dec. Lei 3/88) ao ignorar a existência de Hospitais Universitários.

O erro de 1952 que levou à abolição dos Hospitais Escolares e foi, efemeramente, corrigido, em 1973, por Veiga Simão e Gonçalves Ferreira, mantém-se no ano de 1989 como um dos factores fundamentais da não resolução do problema do ensino clínico.

O número de regimens e de leis que se encontram sumariados na Fig. 3, é demonstrativo da incapacidade governamental de encontrar uma solução para o problema e da instabilidade que as instituições têm vivido: a revolução não se saldou com *um banho de sangue* mas sim com um *banho de leis*...

Mas outros factores ou outras dificuldades tinham entretanto surgido, ainda ligadas às condições de vida da instituição hospitalar.

#### 4) A INTEGRAÇÃO EUROPEIA

##### A situação hospitalar e de ensino clínico nos anos 80

O Hospital de Santa Maria mantendo a sua lotação de 1330 camas viu, entretanto, crescer muito o número de especialidades, como sectores especiais dos serviços pré-existentes ou por diferenciação em novos serviços (Quadro 3).

São, neste momento, cerca de 36 serviços, constituindo, sem dúvida, as valências que devem existir num hospital moderno de grande dimensão, mas que se encontram pulverizadas e desconectadas. Sem perder a sua autonomia funcional, deviam estar agrupados em autênticos departamentos.

Por outro lado esta grande especialização vai obrigar a uma redefinição de *Medicina Interna* e de *Cirurgia Geral*. Há ainda internistas e cirurgiões gerais autênticos?

Com o Banco aberto sem admissão programada e sem um ambulatório organizado o Hospital vê-se impedido de progredir e de se organizar, quer nos serviços de internamento, quer nas unidades de cuidados intensivos especiais que entretanto surgiram (de que a UTIC e a Unidade de Recuperação

QUADRO 7—Reforma de 1981 (1988) — plano de estudos

4.º ano	5.º ano	6.º ano
Medicina I	Medicina II	Medicina III
Cirurgia I	Cirurgia II	Cirurgia III
Pediatria I	Ginecol. Obst.	Pediatria III
Sem. Radiológica	Oftalmologia	O.R.L.
Sem Laboratorial	Dermatologia	Med. Prev. III
Hist. Medicina	Ortopedia	Psiquiatria
Psicopatologia	Pediatria II	D. Infecciosas
(Prop. Psiquiat.)	Anat. Pat. Esp.	Pneumologia
Terap. Geral	Neurologia	Urologia
Medicina Nuclear	Med. Legal	Cadeira Opcional (Med. Interna)
Deontol. Médica		Cadeira Opcional (Cirurgia)
<b>10 Cadeiras</b>	<b>10 Cadeiras</b>	<b>11 Cadeiras</b>
<b>10 Exames</b>	<b>10 Exames</b>	<b>11 Exames</b>
<b>Total 31 Exames</b>		

para Cirurgia Cardíaca foram pioneiros), quer ainda nas consultas externas e na ligação com a comunidade, sujeito como está a uma **plétora de doentes** (248.200 atendimentos/ano no Banco) (Fig. 3).

O plano de estudos correspondente à reforma de 1981 (acabada de implementar em 1986/87) acompanhou aquela grande especialização hospitalar (Quadro 7) acumulando 42 cadeiras clínicas e 31 exames (pelo menos) nos 3 anos do ciclo clínico.

Ao analisar a situação actual não posso deixar de me admirar com um programa tão densamente carregado, tão asfixiante, mais virado para a quantidade do que para a qualidade.

Há uma novidade importante neste plano de estudos: a inclusão de cadeiras de opção: 6 para a medicina interna e 5 para a cirurgia (Quadro 7a). Fico, no entanto, perplexo quanto ao critério de classificação das especialidades obrigatórias e opcionais: por verdadeira hierarquia (ou seja, pela sua importância básica) ou por antiguidade (ou seja, pela cronologia do seu aparecimento nos vários planos de estudo, desenvolvidos ao longo do tempo)? Não me parece claro e tem sua importância.

Mas é por demais evidente que as cadeiras de opção se inserem numa **plétora de cadeiras e de exames** que não lhes deixa espaço de manobra para essa possibilidade única de integração de alunos na vida dos Serviços, permitindo-lhes conviver com doentes e docentes.

Paradoxalmente aquela plétora de matérias de ensino coincide com a **correção da plétora de alunos**. Em 1988/1989 o número de alunos nas cadeiras clínicas desce para 465, com cerca de 190 licenciaturas, ou seja, aproxima-se do padrão dos anos 30/40 no qual o número de alunos nas clínicas era de 340/350 (Fig. 2).

Mas a descida do número de alunos não foi acompanhada pela de docentes: em 1988/89 para 465 alunos nas clínicas existem 328 docentes, ou seja, uma proporção de 1,4 alunos por docente, quando em 1940 existiam 343 para 57 docentes, ou seja, 16,6 alunos por docente (Fig. 2).

É evidente que naquele grupo de docentes estão compreendidos médicos hospitalares, em regimen de assistentes convidados (44 a 100% e 180 a 40%). Apesar da grande dimensão da instituição hospitalar o equacionamento de médicos em relação ao actual número de alunos e a um correcto cálculo do número de vagas hospitalares (que não foi feito) não nos deixa dúvida de que existe uma **plétora de docentes**, consequência também das integrações de 1977/78 (Fig. 1).

A **plétora de médicos hospitalares** que se verificou a partir da admissão maciça e não rotatividade do internato não foi



corrigida. O resultado actual é significativo: para cerca de 1330 camas, tem o H.S.M. 1285 médicos, neste ano de 1989 quase 1 médico/1 doente (Fig. 1). Os jovens médicos, instalados nesta *carreira* hospitalar, consideram-na como um emprego permanente numa atitude burocrática ou de funcionalismo público, que não se adapta às características da profissão médica. Por outro lado os Governos não tiveram ainda imaginação para encontrar uma saída para o problema.

O conflito Médicos-Ministério da Saúde (de 1987) é uma das expressões desta situação.

Nestas circunstâncias e com a indefinição do que é um Hospital Universitário — o instrumento do ensino clínico — é evidente não ser fácil uma organização capaz da educação médica: nem sequer há tempo para nela pensar.

Continuaremos a assistir ao espectáculo desolador que tem caracterizado as últimas décadas desse ensino: deplorável cartaz que nos desclassifica perante a Europa e que os novos dirigentes parece não compreenderem.

Afastamo-nos assim dos postulados de 1911:

1) A **selecção por concurso** de docentes e médicos hospitalares deixou de existir: tudo se passou em **integrações** extremamente discutíveis *versus* os concursos de competição que pessoalmente vivemos e exigiam, na sua brutalidade (também discutível) uma **demonstração de competência** que não existe hoje.

2) A **especialização** por cadeiras e grupos sofre dos mesmos defeitos e a sobreposição de vários docentes da mesma categoria por cadeira torna difícil hierarquizar os grupos e, o que é mais grave, na actual legislação, nomear correctamente directores para os vários serviços.

3) O **ensino clínico prático** desapareceu por diversas razões:

a) Agora que o número de alunos é razoável vêm-os afogados em horários de aulas e em programas de exames, de cadeiras múltiplas não coordenadas que os impedem de se integrar nos serviços e consultas, com tutor e continuidade de observação do doente, na sequência de dias e semanas. O *dia* e a *hora* da chamada aula prática representam no ensino o que aconteceria na TV se se quisesse mostrar uma telenovela num só dos episódios.

b) Nestas circunstâncias quem percorre o hospital vê **aulas práticas** nos refeitórios, em recantos dos serviços, com assistentes e alunos sentados em volta de **documentos** e não de **doentes**. Esta tendência de mostrar só documentos exagerou-se muito com o advento da nova ciência da imagiologia: vêm-se **fatias de doentes**, numa medicina desumanizada e despersonalizada. É a diferença entre o peixe fresco, acabado de pescar, e o peixe congelado; a diferença entre o que está a acontecer ou já aconteceu.

c) As aulas teóricas, em número proibitivo e fatigante, não permitem aos alunos frequentarem voluntariamente enfermarias e consultas: em vez disso faltam às aulas para **ir fazer exames** ou para estes estudarem, numa forma mais ou menos sebenteira.

As aulas teóricas são por vezes simples passagens de **slides**, como se os audio-visuais pudessem substituir a exposição de linhas de pensamento ou as análises críticas.

d) Na mesma linha de actuação as sessões clínicas que, numa forma renovadora, deveriam ter ocupado o lugar das velhas sessões anatomo-clínicas, deixaram de ser **apresentação e discussão** de casos, para exercício de raciocínios clínico-laboratoriais; transformaram-se em **apresentação de problemas** ou de experiências, quase sem discussão.

Em tudo isto há **informação** e não **formação clínica**, como seria necessário.

## CONCLUSÃO

A visão retrospectiva do ensino no ciclo clínico da F.M.L. é desanimadora. Iniciado sob o signo favorável das condi-

ções de 1911, no período que designámos de *estabilidade*, não conseguiu sair, a partir dos anos 40/50 do período de *instabilidade* que caracteriza estes últimos anos, nas suas diversas fases: no termo do regimen salazarista, no curto regimen marcelista, no período revolucionário e na fase de preparação e entrada na Comunidade Europeia.

Numa *resenha cronológica* que organizámos para este trabalho encontram-se referidos a maior parte de estudos, leis e reuniões que se têm dedicado ao assunto. Dentre eles avultam, nos últimos anos, quatro Congressos Nacionais dedicados à Educação Médica (1982, 1984, 1985 e 1987) e três reuniões significativas da Faculdade de Medicina de Lisboa: o *Debate sobre o ensino pré-graduado* (Prof. Pinto Correia) de 1984; o *Seminário de Educação Médica* (Prof. Gomes Pedro), Sesimbra 1987, e a actual *Reflexão sobre o Ensino no ciclo clínico* (Prof. Lobo Antunes) 1989. Mas todo esse trabalho não teve o impacto necessário.

Dos múltiplos obstáculos que surgiram o **número de alunos** destacou-se sempre como o problema fundamental. Pois bem esse obstáculo foi praticamente resolvido com a regressão daquele número a níveis comparáveis aos dos anos 40 (quando o ensino se fazia no pequeno Hospital Escolar). E contudo mantem-se a incapacidade de organização prática do ensino.

Faltam-nos a competência e a clarividência políticas que garantam uma **estrutura hospitalar** de grande nível assistencial que seja, simultaneamente, planeada para o ensino prático da medicina (uma unidade **assistencial e didáctica**). É o que encontramos nos Hospitais Universitários Europeus (e de outros continentes). Sem essa unidade será inútil discutir ou legislar mais sobre o problema. É tempo perdido, gasto inútil de energias e frustração dos que se envolveram nessa luta.

Mas também a problemática do número pletórico de cadeiras e de docentes das categorias mais elevadas será um obstáculo intransponível se se **quiserem idealizar outras formas de ensinar clínica**.

Refiro-me à **revolução médica** desde final de século que trouxe para a clínica uma definição anatómica não invasiva do nosso organismo, tornando as noções clássicas dos anatomistas (estilo Testut) completamente anacrónicas e sem utilidade para a semiologia de hoje. Um bom exemplo de como se deve manter, no ensino da medicina, uma filosofia global que abranja e interpenetre cadeiras básicas e clínicas (já Goethe afirmava que o nosso organismo é uma das mais maravilhosas **sínteses** que se conhece).

Mas há também novas definições fisiológicas: quem conhece a ecocardiografia em *real time*, associada ou não ao Doppler, sabe mais anatomo-fisiologia das válvulas e das cavidades cardíacas do que o anatomista através da dissecação ou o fisiologista na sua análise gráfica experimental.

Também o neurologista ou o neurocirurgião, ao analisarem TAC's e R.M.N. têm uma visão do sistema nervoso central muito superior ao do estudo por cortes do cérebro dum cadáver: têm uma visão das estruturas *in vivo* e *in situ*.

Por outro lado as **unidades de cuidados intensivos especiais** para os vários sectores da economia, mais complexas e rigorosas, no seu equipamento e na sua organização do que as antigas enfermarias, transformaram a abordagem aos doentes — são a nova realidade clínica.

QUADRO 7a — Reforma de 1981 — cadeiras opcionais

Medicina Interna (6)	Cirurgia (5)
Cardiologia	Cir. Cardioráquia
Hematologia	Cir. Vascular
Gastroenterologia	Cir. Pl. Reconstructiva
Nefrologia	Neurocirurgia
Imunologia Clínica	Anestesiologia
Endocrinologia	e reanimação

Nessas unidades de medição de parâmetros e de registo da evolução desses parâmetros, ao longo das horas e dos dias, criam-se condições de análise fisiológica e fisiopatológica, muito mais completas do que as dos laboratórios de experimentação animal, de tempo limitado. Note-se bem, é a observação directa de fenómenos no ser humano, por tempo indeterminado, e sem necessidade de transposição do animal para o homem.

Não creio que haja maneira mais directa e mais completa de se ensinar fisiologia e fisiopatologia cardio-circulatória do que levar os alunos aos *recovery* de cirurgia cardíaca e demonstrar-lhes, directamente, o que é pré-carga (volume), pós-carga (impedância) e contractibilidade (inotropismo).

Como também não há maneira mais directa de ensinar aos alunos terapêutica medicamentosa do aparelho circulatório do que mostrar-lhes, naqueles mesmos doentes, os efeitos das drogas e de outros agentes terapêuticos, na evolução gráfica dos vários parâmetros monitorizados.

Ensino directo e de grande qualidade, que exige grupos pequenos de alunos (munidos dum simples esquema teórico) e muitas horas ou dias de observação do mesmo doente. Sem horas de aulas práticas.

Nessas unidades de cuidado personalizado de situações críticas, com doentes em risco de vida, não se verifica, se nelas se mantiver o sentido ético, a despersonalização e a desumanização que encontramos em muitos sectores da clínica actual.

Estes exemplos que poderíamos multiplicar *ad infinitum* para os vários tipos de métodos de imagem actuais e para os vários tipos de unidades especiais, já existentes no H.S.M., mostram-nos, com toda a clareza, que a reforma do ensino clínico não se faz com a publicação de novos planos de estudo, de novos horários ou de mais exames, etc. Isso não são reformas são arranjos. Uma reforma autêntica exige competência, espírito crítico e imaginação criadora, que adivinha a evolução futura da medicina e tome em conta a realidade presente.

Se queremos mudar o ensino clínico temos de obter uma estrutura hospitalar onde ele se apoie e o ligue à comunidade e procurar os homens capazes de imaginar as novas fórmulas. Veremos então surgir, de novo, grandes personalidades na medicina portuguesa.

#### BIBLIOGRAFIA PESSOAL

1. Lição de abertura do Curso de Propedêutica Cirúrgica. Amatus Lusitanus 1950; 7: 293.
2. Educação cirúrgica. Gazeta Médica (número de homenagem ao Prof. A. Celestino da Costa) 1954; 3: 73.
3. Medicina Psico-somática e cirurgia. Bol Clín HCL 1955; 19: 37.
4. Estágio e ensino pós-universitário. Bol Ordem dos Médicos 1958; VII: 551.

5. Ensino e Treino Cirúrgicos. J Médico 1961; 45: 597.
6. Cirurgia e Biologia — Actualidades Biológicas (Rocha Cabral), 1961.
7. Porquê o Farabeuf? J do Médico 1962; 49: 793.
8. Terreno Cirúrgico e formação do Cirurgião. Livro de Homenagem ao Prof. Fernando da Fonseca, Abril 1965.
9. O Ensino Clínico. O Médico (Homenagem ao Prof. Cascão de Anciães) 1967; 817.
10. Uma experiência de Educação Médica. J do Médico 1969; 68: 581.
11. A Grã-Bretanha e a Educação Médica. Bol Ordem dos Médicos, Maio 1969.
12. Reynaldo dos Santos: Depoimento dum discípulo. Academia das Ciências de Lisboa 1972.
13. Educação Médica e Meios Audio-Visuais (Conferência). FML, Dezembro 1973.
14. As Escolas de Medicina e a Evolução Universitária. 150.º Aniversário da Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Conferência na FMP. O Médico 1977; 83: 1.
15. Morais David: A Paixão Clínica. O Médico 1977; 350: 79.
16. Arsénio Nunes: Um Homem Ético. Jornal da Soc Ciências Médicas de Lisboa, Maio 1978.
17. I Simposium de Medicina Psicossomática. Perspectiva Cirúrgica, Lisboa, Dezembro 1979.
18. Cirurgia e Ética. Club dos Estudantes de Medicina de Santa Maria. Conferência, Abril 1980.
19. Formação versus Informação Cirúrgica. Semana de Actualizações Cirúrgicas, H. Santo António, Porto. Conferência, Junho de 1981.
20. O Curriculum Cirúrgico (Editorial). JSC Médicas de Lisboa, Junho de 1981.
21. Reynaldo dos Santos: Personalidade Singular. Comemoração Centenária JSC Médicas de Lisboa 1981.
22. Reynaldo dos Santos e a Arte Cirúrgica. Comemoração Centenária, Academia das Ciências 1981.
23. O Ensino da Medicina em Portugal. 1.º Congresso Nacional de Educação Médica, FMP; Porto, Dezembro 1982.
24. O Futuro da Cirurgia Geral. FM Porto, Janeiro 1983.
25. A. Celestino da Costa e a sua Época. Comemoração Centenária. JSC Médicas de Lisboa, Abril 1984.
26. No Centenário de Pulido Valente. Notícias Médicas ano XIV, n.º 1344, Janeiro de 1985 (e In Memoriam). Imprensa Nacional — Casa da Moeda.
27. Pulido Valente e a Educação Médica: Comemoração Centenária. Boletim FML n.º 3, 4 Junho 1985.
28. Almeida Lima: Um Tributo. JCML 1986.
29. O Estudo da Medicina até ao fim do séc. XIX (in História e Desenvolvimento da Ciência em Portugal. Academia das Ciências 1986).
30. O Equívoco da Saúde. Semanário, 21 de Maio de 1988.
31. La Formation Médica en Portugal (siglos XVIII, XIX e XX). El Médico en El Mundo, Madrid; Dezembro 1988/ Janeiro de 1989.

Pedido de Separatas:  
 J. Celestino da Costa  
 Serviço de Patologia Cirúrgica  
 Faculdade de Medicina de Lisboa  
 Rua Prof. Egas Moniz  
 1600 Lisboa