

Somos de opinião — coerentes, aliás, com manifestações por nós anteriormente divulgadas — de que qualquer modificação a ser introduzida na estruturação curricular de nossa Escola, deve ser fundamentada num critério que possibilite a adaptação de nosso ensino dentro e de acôrdo com a realidade sócio, política e econômica na qual estamos, presentemente, vivendo. Isto porque a experiência (mesmo na nossa Escola) tem, a nosso ver, demonstrado à saciedade, que esquemas que podem funcionar bem em determinados países, podem fracassar definitivamente no nosso ambiente — se não forem judiciousa e corretamente valorizadas, no mecanismo de adaptação a ser efetuado, as condições locais, os meios de que dispomos para a ministração do ensino e, finalmente, o nível cultural, social e econômico de nossas comunidades — fatores estes diretamente relacionados com o exercício da medicina. Se isto não fôr realizado com objetividade, com bom senso e dentro da nossa realidade, existe grande possibilidade de que o nosso ensino não possa fornecer aos futuros profissionais, subsídios que lhes permitirão enfrentar, com segurança, a realidade profissional que os espera ao saírem da Escola.

Apenas para exemplificar com um caso concreto — visando dar maior objetividade à nossa exposição — somos de opinião de que um simples raciocínio nos leva a admitir como absurda a extinção do ensino de Técnica Operatória. Justificamos a assertiva acima nos argumentos seguintes:

1. — Que, regra geral, o nosso aluno, ao deixar os bancos escolares, necessita exercer de imediato a sua atividade profissional. Como consequência dêste fato, deve êle receber da Escola àqueles conhecimentos básicos que lhe possibilitem executar a manipulação terapêutica fundamental, dentro da realidade econômica e das possibilidades materiais com que o mesmo se defrontará no interior. A manipulação trans-operatória não é e nem deve ser objeto da atenção das cadeiras de clínica, pois estas tem o seu campo didático limitado à determinação correta do diagnóstico, na indicação da terapêutica e na reposição pós-operatória. Na Técnica Operatória, no entanto, apreenderá o aluno àqueles princípios técnicos que lhe possibilitarão a execução de determinado ato operatório.

2. — Que, na estruturação do currículo — fundamentada nas nossas reais possibilidades didáticas — devemos criar e aprimorar as qualidades e habilidades cirúrgicas de nosso aluno, a fim de que possa êle exercer a sua atividade profissional no interior (o médico do interior deve ser basicamente cirurgião). Êste, como é de conhecimento de todos, é, as mais das vezes, desprovido dos recursos mínimos necessários para a execução e o exercício de uma medicina de padrão apenas aceitável. Muitas vezes, três dias de chuvas continuadas podem isolar completamente localidades situadas a menos de 20 Km de nossa Capital. Um médico que se destina ao interior deve estar capacitado a executar com precisão e

* — Professor de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre — da UFRGS.

prestiza algumas intervenções consideradas fundamentais. Poderá êle, destarte, afastar — pela rapidez ao efetuar a manipulação terapêutica cirúrgica — os inconvenientes induzidos pela falta de recursos de seu lugar de trabalho. Assim, uma salpingectomia — indicada para um caso de prenhez ectópica róta — não deve exceder de 10 a 15 minutos (média de tempo de qualquer cirurgião de nosso H. P. Socorro), pois se isso não fôr possível, e a intervenção se prolongar por mais de 1 hora, a paciente poderá falecer, pois que a transfusão de sangue indicada nêstes casos não poderá ser efetuada devido à carência de recursos de comunidade.

3. — Que, algumas intervenções, como uma traqueostomia — fácil de ser executada (aliás como a maioria das intervenções cirúrgicas) — deve ser ensinada com caráter prioritário ao aluno. Constitui o seu ensino tema da 1ª aula prática de Técnica Operatória e — quando esta cadeira tiver uma enfermaria no nosso Hospital de Clínicas — será ensinada a sua execução em pacientes pelos alunos. Não podemos admitir que um futuro paciente de nossos alunos — portador de uma difteria do laringe — não possa ser salvo por êste, porque não fornecemos a êle a possibilidade de apreender e de executar tal terapêutica cirúrgica no decorrer de seu curso.

4. — Que, segundo a nossa opinião, sòmente estamos autorizados a desenvolver o nível cultural e profissional de nosso Corpo Docente e de nossos Serviços Médicos Universitários, se, paralelamente, fornecermos aos futuros médicos aqueles conhecimentos básicos e fundamentais para o exercício profissional. Sabemos que mais de 90% de sua futura atividade médica será no terreno da *medicina de urgência*, fato êste facilmente compreensível se tivermos em mente que a nossa medicina é basicamente *curativa* e não *preventiva*. Assim, e apenas para exemplificar, achamos que, realmente, na nossa Escola, a patologia cirúrgica pediátrica deve contar com um Serviço de Cirurgia Cardio-vascular. Somos de parecer, no entanto, que a intervenção mais importante e fundamental que se possa executar no terreno da Cirurgia Pediátrica — no nosso meio — é aquela representada pela simples mobilização cirúrgica e canulização de uma veia superficial (objeto da

atenção da 1ª aula prática de Técnica Operatória). Achamos mesmo que a intervenção em aprêço é mais objetiva do que qualquer outra e salva, certamente, grande número de pacientes pediátricos. A sua execução não exige, por outro lado, aparelhagem dispendiosa e especializada, nem equipe altamente qualificada, podendo, destarte, ser efetuada em qualquer localidade na qual exista um médico. A nossa experiência continuada no Hospital Santo Antônio e no nosso Serviço de Cirurgia Pediátrica da 33ª Enfermaria da Santa Casa, nos ensina que grande número de óbitos em crianças desidratadas podem ser atribuídos aos fatores seguintes: a) — problemas econômicos de seus responsáveis os quais impede aos mesmos, muita vêzes, adquirir 500 ml de soro glicosado; b) — a ignorância de grande parte da população; e, finalmente, c) — o desconhecimento, por parte do profissional, do procedimento técnico que possibilita a canulização de uma veia superficial.

Por todos os argumentos acima referidos e por muitos outros que seria ocioso citar — de vez que são do conhecimento de todos os brasileiros conscientes e que se encontram entrosados dentro de nossos problemas atuais — somos de opinião, e repetimos aqui mais uma vez, de que, qualquer que seja a orientação a ser seguida na reestruturação de nosso futuro currículo médico, deve ela estar entrosada com a nossa realidade social, política e econômica. Devemos ter em mente — fundamentados na nossa prática e vivência no exercício do magistério médico e na atividade profissional — que o mencionado esquema didático não poderá ser baseado unicamente na hipótese de que os nossos alunos poderão complementar os conhecimentos eventualmente adquiridos no decorrer dos estudos acadêmicos, por Cursos de Post-Graduação ou trabalhos de Residência, simplesmente devido ao fato de que a nossa Escola, atualmente, não está capacitada para receber os médicos recém-formados, pela ausência de recursos econômicos (material e equipamentos), de material didático e — o que é mais importante — de Corpo Docente auxiliar. A realidade nos ensina que apenas poucos dos 140 alunos que se formam podem receber da Faculdade Residências e Cursos de Pós-Graduação.

Concluindo esta nossa exposição, achamos que o nível técnico, profissional e científico da medicina que se verificam em alguns países, sòmente poderão ser copiados e postos em execução por nós, no momento no qual as nossas comunidades alcançarem o desenvolvimento social, econômico e cultural que se verificam nos países em ques-

tão. Quanto mais especializarmos a nossa medicina, mais cara a estaremos tornando e, portanto, mais afastada estará ela da maioria de nossa população. *A elevação do nível técnico e científico de nosso atendimento médico será consequência desta evolução social e econômica de nosso povo, e nunca indutor da mesma.*

