

PATOLOGIA CLÍNICA: UMA CRISE DE IDENTIDADE NO ENSINO MÉDICO

Ítalo Suassuna*

No 1.º Congresso Brasileiro de Patologia Clínica, em São Paulo, em 1964, PINHEIRO^{2,4} explicou, com o vigor e o sabor de sua experiência, como a Patologia Clínica surgiu, transformou-se, expandiu-se e fertilizou o exercício da Medicina, destacando-se como especialidade desde a criação da Sociedade Americana, em 1922, e, no nosso ambiente, da Sociedade Brasileira, em 1944. Tornou-se patente a sua diversão do amplo domínio da Patologia Morfológica, com a gradual extinção daquele patologista polivalente, responsável pela execução desde uma simples urinálise até a verificação dos óbitos, por necropsia.

Entretanto, uma definição precisa, uma sistematização clara e definida dos contornos da atividade do patologista clínico permaneceu *floa*^{1,8}. Enfrentando o desafio, MELLO¹⁹ circunscreveu-a como a especialidade que executa atividades e funções diagnósticas, prognósticas e de avaliação e acompanhamento terapêutico, mediante a utilização de processos, métodos e técnicas de exame de pacientes, de seus constituintes corpóreos, ou de seus produtos metabólicos e, mediante a avaliação e a interpretação dos resultados obtidos por esses processos, métodos e, técnicas, em função do quadro clínico e de outras características apresentadas pelos pacientes; esses processos, métodos e técnicas incluem, sem estar limitados a, o uso de equipamentos, materiais e reagentes específicos para a sua execução, sendo comumente designados exames ou testes de laboratório. Além de a conceituar como especialidade médica, acrescenta ser uma especialidade diagnóstica, fazendo parte integrante da Semiologia Médica, como semiologia armada, podendo chamar-se, ainda, Medicina Laboratorial.

Integração e multidisciplinaridade

A definição parece perfeita como delimitação e natureza das atividades, mas, subjacente está o aporte de numerosas ciências bem definidas que contribuem para o diagnóstico médico e a semiologia armada, e para o entendimento da Patologia, que é o estudo da doença, multifacetada, e exigindo um ensino multintegrado³. A Patologia Clínica é, portanto, multidisciplinar, com abordagem variada, própria de cada uma das disciplinas anclares.

O ensino integrado tem sido tradicionalmente dificultado pela separação, no currículo médico, entre disciplinas chamadas básicas e clínicas, como examinamos em outras oportunidades^{3,0,31}. Com a dupla qualificação de professor no Brasil e nos Estados Unidos, DIDIO⁴ nos diz que a experiência americana, com a separação dos ciclos básico e clínico, veio demonstrar a imperiosa necessidade de os departamentos de ciências básicas estarem juntos, fisicamente, dos de clínica, para facilitar o intercâmbio, a cooperação, e o mútuo estímulo.

A Resolução n.º 8/69 do Conselho Federal de Educação, ao fixar o conteúdo mínimo dos Cursos de Medicina, sanciona a divisão entre disciplinas básicas e disciplinas clínicas.

As disciplinas condizentes com as atividades da Patologia Clínica distribuem-se desde ciências básicas, que se podem individualizar fora do campo médico, tais como a Bioquímica, a Biofísica, a Genética, a Microbiologia e a Parasitologia (embora todas com evidente conotação pré-clínica), até disciplinas nitidamente clínicas como a Hematologia, a Imunopatologia, a Citologia Aplicada e, sobretudo, os Métodos Complementares de Diagnóstico. É de salientar-se nessa Resolução que se aponta a Anatomia Patológica Especial como disciplina paralela ao estudo clínico, indicando-se ainda como seu processo de ensino exercícios de integração clínico-patológica.

Torna-se importante assinalar que, na prática, cada uma dessas disciplinas permite o aprofundamento exclusivo em suas áreas. Por via de consequência, na multidisciplinaridade da Patologia

* Professor Titular, Departamento de Microbiologia e Imunologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Clínica, a exclusividade de especialização se torna freqüente, esse determinado profissional apenas tangenciando em conhecimento, poucas, ou nenhuma, das demais disciplinas convergentes para sua área de atividade. Assim, sob a titulação de patologista clínico pode identificar-se a formação e a personalidade de um bioquímico, biofísico, citologista, hematologista etc, que não são subespecialistas, pois a Patologia Clínica é, em realidade, uma justaposição de especialidades.

Resulta disso a situação de *não-sistema* caracterizada por BELTRAN,² quanto ao ensino das ciências da saúde, em contraposição ao *sistema*, ou à fase intermediária de pré-sistema. No *não-sistema*, em cada unidade há algumas ciências avançadas, outras atrasadas e, ainda outras, ausentes. As autoridades docentes das ciências mais adiantadas não vêem a necessidade de desenvolvimento das demais, ou mesmo competem individualmente. Há acúmulo de recursos em alguns setores e ausência em outros, de acordo com influências pessoais, ou públicas. Sobreleva a ausência de pessoal auxiliar (como é o corpo de enfermagem na atividade clínica) ao lado de um paternalismo pedante em relação a profissões consideradas menores.

Em relação a essas últimas, o avanço científico e tecnológico de cada uma das áreas específicas de conhecimento, necessita, atrai e enseja o afluxo de profissionais não médicos e recheia a atividade conceitual da Patologia Clínica com a presença e visão estreita, altamente especializada, dos profissionais de cada uma das áreas subsidiárias. De multidisciplinar, a Patologia Clínica torna-se, também, por isso, pluriprofissional.

No início do reconhecimento profissional da Patologia Clínica, os laboratórios centrais hospitalares permitiam a colocação de profissionais com a visão abrangente e coordenada de sua função, mas a sofisticação cada vez maior de meios, métodos, técnicas e recursos, tornou improvável, tanto o laboratório Central, como o patologista clínico geral. Gera-se, daí, o obscuro capítulo de compromissos menos aceitáveis da orientação dos laboratórios, com a qualidade do trabalho executado em terreno não familiar à proficiência pessoal do dirigente, ou seja, à sua especialidade. É isso que, como efeito colateral, tantas vezes diminui, apouca, denigre e mancha, o exercício da Patologia Clínica. Um comentário anedótico atribui ter sido Descartes o último homem a reunir em si toda a sabedoria e a ciência de sua época. Não há registro sobre quando existiu, ou se extinguiu, o Descartes da Patologia Clínica . . .

Nas grades curriculares dos Cursos de Medicina a posição da Patologia Clínica é normalmente ignorada ou, se tanto, fragmentada, quanto ao

ensino. A situação é claramente descrita por STURM & MARQUES²⁹: a maioria das escolas médicas aceita que os conhecimentos laboratoriais sejam ministrados fragmentariamente nos seus diversos cursos: alguns básicos como a Biofísica, Bioquímica, Parasitologia, Microbiologia etc, outros já de caráter mais clínico. Em razão desta fragmentação a formação do patologista clínico, em nível de graduação, fica totalmente comprometida.

A Tabela 1 reflete a adaptação do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) à Reforma Universitária vigente. Ressalta a óbvia fragmentação e a ênfase no ciclo básico pluriprofissional, em detrimento dos ciclos profissionais na maioria das matérias afluentes da Patologia Clínica. Deve dizer-se que a Reforma Universitária não inventou esse distanciamento e essa fragmentação, mas, sem dúvida, a agravou.³⁰

Tabela 1

Número de disciplinas de graduação oferecidas pelos Departamentos do Instituto de Ciências Biológicas da UFMG, 1983

Departamento	Ciclo Básico	Ciclo Profissional	Total
Parasitologia	03	0	03
Bioquímica e Imunologia . . .	06	01	07
Farmacologia	07	01	08
Patologia Geral	08	01	09
Microbiologia	06	07	13
Fisiologia e Biofísica	12	01	13
Botânica	04	10	14
Zoologia	03	16	19
Morfologia	20	0	20
Biologia Geral	06	23	29
Total	75	60	135

*Apud Freire-Maia, 1983.

Acrescente-se que desorientação e hesitação podem ser observadas na própria posição da Patologia como um todo. MICHALANY²⁰ em concordância com a opinião de DIDIO, antes citada, considera contraproducente incluir as disciplinas de Anatomia Patológica, Microbiologia e Parasitologia, antes das Clínicas Propedêuticas, Médica e Cirúrgica, o que está igualmente de acordo com a referida definição de atividade do patologista clínico.¹⁹

Em um inquérito sobre os departamentos que incorporam disciplinas convergentes para a Patologia Clínica em toda a América Latina, GARCIA¹² mostra o quadro resumido na Tabela 2. Admite como padrão ideal a divisão em departa-

mentos de Ciências Fisiológicas, de Patologia e, de Microbiologia e Parasitologia (Imunologia quase sempre considerada neste), mas encontra todas as outras possibilidades expressas na Tabela 2, sendo constante, apenas, o alinhamento entre as ciências básicas. DE PAOLA³, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), assinala a exclusão de Microbiologia e Parasitologia do ensino da Patologia, em razão da excessiva extensão dos programas necessários. PALÁCIOS^{2,3} informou que a Patologia Clínica, como disciplina autônoma, foi inicialmente ensinada, no Peru, junto à clínica, mas voltou posteriormente ao Departamento de Patologia.

Tabela 2

Inquérito sobre departamentos ligados à área de conhecimentos de Patologia Clínica em 71 Escolas Médicas da América Latina*

Departamento	%
Ciências fisiológicas (<i>Bioquímica, Biofísica, Fisiologia, Farmacologia</i>)	96
<i>Patologia</i>	79
<i>Microbiologia e Parasitologia</i>	57
<i>Microbiologia, Parasitologia e Medicina Preventiva</i>	30
<i>Patologia, Microbiologia, Parasitologia</i>	07
<i>Morfologia e Patologia</i>	08
<i>Patologia, Microbiologia, Parasitologia e Medicina Preventiva</i>	03
<i>Patologia e Clínica Médica</i>	03
<i>Fisiologia, Microbiologia, Parasitologia</i>	03
Ciências Básicas	01

*Apud Garcia, 1972.

O hiato entre o ensino básico e o ensino clínico têm-se pretendido preencher com disciplinas chamadas de integração.

Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, uma disciplina designada Estudo Integrado é ministrada apenas no último semestre do curso, e visa a preparar o aluno para as opções do Internato.^{2,6} Entre seis dessas opções, apenas duas (Medicina Interna; Patologia Especial e Medicina Legal) mencionam Laboratório Clínico no conteúdo do ensino. Esta proposta, sem dúvida, não atende à integração acima considerada.

A integração vertical é visada na UFMG, com a introdução da disciplina Ciências do Comportamento Aplicadas à Saúde, seguida de Introdução às Técnicas de Saúde, ambas sob a responsabilidade do Departamento de Medicina Preventiva e Social.¹¹ De modo análogo, na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sob a responsabilidade do Instituto de Medicina Social, há uma disci-

plina inicial no Curso Médico: Fundamentos de Saúde da Comunidade. Em ambos os casos, a participação de ensino convergente para a Patologia Clínica parece ser uma conspícua ausência.

MICHALANY^{2,1} propõe a delimitação de um 2.º ciclo no currículo médico, distinto do 1.º (básico) e do 3.º (medicina especializada), designado Introdução à Medicina, juntando a patologia e a Semiologia. Esse ciclo, no que concerne à Patologia, abrangeria Microbiologia, Imunologia e Anatomia Patológica Geral, às quais se acrescentariam a Farmacologia e as Clínicas Proedêuticas, Médica e Cirúrgica. O mesmo autor volta-se, entretanto, contra a Patologia Clínica, que diz ser especialidade médica desconhecida em outros países, exceto no Brasil, que suas análises são facilmente realizáveis por técnicos e aparelhos automáticos e, finalmente, que os clínico-patologistas são patologistas por adaptação, e não por formação.

Apesar de fazer, em aparência, uma proposta unificadora, MICHALANY^{2,1} introduz a dissensão no domínio da Patologia. O autor é coerente ao afirmar que prefere a designação de Anatomia Patológica Geral à de Patologia Geral, porque na palavra anatomia está implícito o método anatómico, unido ao morfológico, para identificar fundamentalmente a disciplina e a distinguir de Fisiopatologia. No entanto, passa ao largo sobre a possibilidade de que esta última seria o domínio natural do patologista clínico e complementar da morfologia patológica. Em seu arrazoado, para a Anatomia Patológica, advoga ser o único elemento do ciclo considerado básico, que tem campo para exercer a especialidade como profissão liberal, para orientar o clínico e o cirurgião em condutas terapêuticas, e capaz de fornecer dados complementares para a correlação clínico-patológica (não diz anátomo-clínica). Considera particular da Anatomia Patológica que qualquer diagnóstico depende fundamentalmente da informação clínica. Não mais nos deteremos sobre essa posição, pois as contradições são evidentes, já exemplificadas e afirmadas no que respeita à Patologia Clínica.^{2,4,19} Como todo pensamento de orientação hegemônica faz escola, este também o faz, e perturba a vida interna do que viria a ser, pacificamente, um Departamento de Patologia.

Uma proposta da Faculdade de Medicina da UFRJ sugere a disciplina Mecanismos Básicos de Saúde e Doença, resultante da convergência de conceitos e métodos estudados isoladamente em Patologia Geral, Microbiologia, Parasitologia, Genética, Radiobiologia, Medicina Preventiva e Psicologia Médica, a ser estudada em paralelo com a disciplina Introdução à Medicina Clínica.¹⁰

A ainda vigente Reforma Universitária pode prejudicar essas proposições, ou realizações, apa-

rentemente mais viáveis, na medida em que os institutos básicos devem ministrar as mesmas disciplinas a alunos com interesses e objetivos diversos. Além disso, impõe-se a distribuição de atividades por unidades de ensino de destinação diversa; no caso do aluno de Medicina, entre os institutos básicos, a faculdade, o hospital de clínicas e, ainda, institutos especializados, como é o caso da UERJ. Tudo isso justifica a esgarçada da atenção e a ausência de motivação como problema não resolvido da educação médica, em geral, e dos objetivos particulares do ensino da Patologia Clínica.

Depoimentos dos estudantes expostos ao curso são significativos. Quando favoráveis, podem expressar "pena que só no ciclo clínico pude compreender a importância do aprendizado das matérias básicas", o que em si resume um sentimento irreparável de perda.¹⁵ IBERTI¹⁴ depõe que descontentamento e insatisfação são quase universalmente proclamados pelos estudantes de Medicina sobre o treinamento nos dois primeiros anos como irrelevante para o aprendizado clínico. O mesmo autor, aceitando-a como um engano, atribui essa impressão a:

a) tempo decorrido entre a informação recebida e a oportunidade em que possa ser assimilada na experiência clínica; b) pouca ênfase em conceitos de ciências básicas na visita clínica nas enfermarias; c) exigências da pós-graduação, que não impõem a atualização em ciências básicas.

Uma interpretação consentânea com esses motivos nos é fornecida por LOBO¹⁵: o estudo do fenômeno da retenção do conhecimento indica que o esquecimento é devido, sobretudo, a três fatores: uso, relevância e interferência. Assim, um conhecimento tende a ser esquecido se não for usado, se não for relevante para o aluno, ou se sofrer interferência do aprendizado de outro conhecimento de maior relevância, ou impacto.

Não temos dúvidas de que isso delinea espaços a serem preenchidos pela Patologia Clínica, glosando os conceitos básicos aos quais os alunos foram expostos. Os exercícios de integração clínico-patológica, atendidos e recomendados para o desempenho do anátomo-patologista, não têm merecido a correspondente atenção do patologista clínico. A necessária pluralidade de conhecimentos deste último o intimida, enquanto a unificação metodológica (morfologia) cultivada pelo anátomo-patologista o beneficia e o torna intemorato nos grupos de discussão clínico-patológica. Acrescente-se que a regulamentação do Internato dos Cursos de Medicina, tornando obrigatório o rodízio pelas quatro grandes áreas, e nenhuma delas, salvo raríssimas exceções, amparando, ou estimulando, o ensino da Patologia Clínica nos cursos de formação, levou a que a aplicação do dispositivo legal, quando rigidamen-

te interpretado, pusesse uma pá de cal na esperança de ajudar a formação do patologista clínico durante o ensino de graduação.

Espaços vazios

O que resta fazer?

Em primeiro lugar ocupar os espaços vazios legal e conceitualmente consentidos. Na maioria dos casos a posição da Patologia Clínica na graduação não se definiu e a sua atual regulamentação na Residência Médica representou uma frustração^{28,32}. Trazido ao nível de formação do médico, o ensino da Patologia Clínica deve, como a Anatomia Patológica, associar-se aos exercícios de integração clínico-patológica, corrigindo-se a fragmentação por especialidades. Com isso reabrir-se-á o diálogo a impedir posturas conjecturais a serem combatidas, não pelo confronto, mas pela correção de falhas e reorganização. Lembre-se a penosa revelação feita por STURM²⁸: a exigência pela Comissão Nacional de Residência Médica de um ano preliminar em Clínica Médica e/ou Pediatria (introduzindo mais um hiato na formação do patologista clínico) foi justificada porque os médicos das especialidades clínicas e cirúrgicas se queixam de não poderem dialogar com os responsáveis pelos laboratórios, por falta de conhecimento de medicina básica desses responsáveis. O porquê de tal fato só ocorrer com os patologistas clínicos, ao contrário de outras especialidades, diz STURM²⁸, nos faz pensar que, ou os responsáveis pelos laboratórios não são na sua maioria médicos (o que, no seu dizer, é bem possível), ou os futuros médicos patologistas clínicos conseguem se formar sem os conhecimentos básicos de Medicina. A meu ver, essas alternativas não são exclusivas, mas complementares.

Para alterar o *status quo* é preciso primeiro reconhecer e aceitar o caráter interdisciplinar da Patologia Clínica, buscando integração e, sobretudo, motivação. Há que imprimir relevância para o exercício profissional, considerada esta em termos de frequência, gravidade, prevenção e emergência das condições patológicas, e centrar o ensino não em minúcias, mas em núcleos de generalização que explicam os fatos.⁹

DIDIO⁴³ diz da esperança de que a formação do médico da saúde, em substituição ao antigo médico da doença, restitua às chamadas ciências básicas seu valor primordial na educação médica, pois é tão importante conhecer o indivíduo normal quanto o patológico, e, admite que o ensino atual visa a *fazer chaves* de modo a habilitar o médico a abrir qualquer porta, mesmo aquelas que ainda estão por ser conhecidas. O ensino seria o último passo da pesquisa, ou seja, "a co-

municação da pesquisa (própria, ou alheia), passada, presente ou, na medida em que se levantam hipóteses, futura".

De um modo mais pragmático, NABEL^{2,2}, em um artigo sintomaticamente intitulado *Ordem e Biologia Humana*, introduz a teoria da relatividade biológica, em confessada analogia com a teoria da relatividade em Física (Quadro 1). Observe-se inicialmente que essa ordem nem sempre segue os conceitos da distribuição seriada habitual dos currículos médicos, quando busca respeitar uma ordenação crescente de complexidade.

Cada problema médico tem, assim, um enquadramento particular de referência. Qualquer problema clínico pode ser abordado através dos cinco quadros de referência.

Desse modo, o paciente diabético com sede e visão turva pode ser considerado de acordo com o que se segue. Enquadramento 1: que *mecanismos moleculares* podem causar a deficiência visual? Que seqüência de eventos origina a sede?

Quadro 1

Uma abordagem evolutiva para o conhecimento médico*

Seção I
<i>Bases moleculares da evolução biológica</i>
Protoquímica e a formação das primeiras células
Bioquímica
Organização e recuperação da informação biomédica
Seção II
<i>Organização celular: a formação das células eucarióticas</i>
Microbiologia
Biologia Celular/Patologia
Seção III
<i>Geração de órgãos e sistemas</i>
Histologia
Embriologia/Anatomia
Fisiologia e Fisiopatologia de órgãos e sistemas
Seção IV
<i>O homem como individualidade</i>
Antropologia
Psiquiatria
Sexualidade humana
Seção V
<i>O homem, seu ambiente e evolução social</i>
Nutrição
Farmacologia
Epidemiologia e Saúde Pública
História da Medicina
Ética médica

*Nabel, 1985.

Que processo(s) é(são) responsável(is) por ambos? Enquadramento 2: que *células* são a causa do defeito molecular? Como respondem células-alvo normais? Enquadramento 3: como o defeito molecular compromete diferentes *órgãos e sistemas*? Enquadramento 4: como tais processos se refletem no *paciente*? Que sintomas e sinais podem surgir no exame clínico? Como tais sintomas podem afetar a percepção do paciente quanto à sua saúde? Enquadramento 5: sob a evidência da doença, como o paciente interage com a *sociedade*? Que comportamento social pode exacerbar sua doença? Quais as implicações econômicas da doença e seu tratamento para o paciente e a sociedade?

Relações pluriprofissionais

Por outro lado é verdade que, no presente, a maioria dos responsáveis pelo ensino de disciplinas nas chamadas matérias básicas é formada por não médicos, com pouca ou nenhuma vivência clínica e limitados conhecimentos de medicina geral.^{2,8}

MELLO^{1,7} comenta que não sabemos quantos patologistas clínicos existem e quais os percentuais de atividade pública e privada desses profissionais. Não há fatos, apenas estimativas, premissas e extrapolações. Como há que se admitir não somente a interdisciplinaridade, como a pluriprofissionalidade, não sabemos igualmente quantos profissionais não-médicos militam no campo da Patologia Clínica. Mas isso, indubitavelmente, está na raiz de outra vertente de desentendimentos em conexão com a atividade nesse setor.

Os médicos em exercício clínico estão bem condicionados a olharem seus colegas (como cirurgiões e radiologistas) como capazes de decisões tão hábeis, em relação ao paciente, como eles mesmos, mas, devido à sua própria compreensão limitada dos métodos laboratoriais, ao lado da grande predominância de profissionais não-médicos, no lado do laboratório, a postura média habitual não acata decisões paralelas nesse setor, visando à interpretação clínica dos resultados alcançados.^{3,3}

Se não sabemos o peso dos profissionais não-médicos na Patologia Clínica, alguns dados soariam alarmantes se não vierem a ser devidamente assimilados.

Considerando o mais hostilizado dos agrupamentos profissionais no contexto em discussão, as Tabelas 3 e 4 revelam a posição dos designados biomédicos. Mostram as mesmas a destinação e a distribuição por área de conhecimento dos biólogos dessa categoria formados pela UERJ, segundo levantamento de FORMIGA *et al*⁷. Lembre-se que esses profissionais, de acordo com o Conselho Federal de Educação (Parecer

Tabela 3

Destinação de egressos do Curso de Ciências Biológicas (Biomedicina) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Total de Formados 1968 - 1978	255 (100%)
Em Pós-Graduação	125 (49%)
Mestres	30 (12%)
Doutores	08 (3%)
Em Cursos de Mestrado	77 (30%)
Em Cursos de Doutorado	06 (2%)
Docentes	
3.º Grau	80 (31%)
1.º e 2.º Graus	10 (4%)
Laboratórios de Pesquisa e Patologia (Diagnóstico)	39 (15%)
Formados em Medicina	70 (27%)
Médicos em exercício	58 (23%)
Atividades alheias ao Curso	24 (9%)
Ignorada	18 (7%)

* Apud Formiga *et al.* 1980.

571/66) destinam-se a constituir recursos humanos, em nível superior, para a pesquisa vinculada ao ensino superior, à indústria e para atividades laboratoriais de biologia aplicada à área de saúde.⁶ Observe-se que praticamente a metade dos formados em 10 anos ingressaram, com êxito, na pós-graduação (Tabela 3). O caminho natural desta é, nas nossas condições, a carreira acadêmica. Isto é, serão os futuros professores de área básica, dos médicos. De fato, pelos mesmos dados, quase 1/3 já são professores universitários, sejam os alunos médicos, ou não, mas predominantemente engajados no ensino de Microbiologia, Imunologia, Parasitologia, Farmacologia, Fisiologia, Bioquímica e Biofísica (Tabela 4).

Tabela 4

Distribuição, por área de conhecimento, de egressos do Curso de Ciências Biológicas (Biomedicina), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1968 - 1978*

Microbiologia e Imunologia	56 (22%)
Parasitologia	40 (16%)
Histologia	20 (8%)
Biofísica	25 (10%)
Farmacologia e Fisiologia	42 (16%)
Bioquímica	47 (18%)
Biologia Celular	11 (4%)
Genética	05 (2%)
Anatomia	02 (1%)
Patologia e Patologia Clínica	07 (3%)
Total	255 (100%)

*Apud Formiga *et al.*, 1980.

Sem tentar dicotomizar a Patologia (entre Morfologia Patológica e Patologia Clínica), STEIN²⁷ declara que deve ser entendido que, sob a filosofia da estimativa de custos, a função de um laboratório tem um duplo propósito: primeiro, gerar dados e, segundo, avaliar os dados em relação a um paciente específico. A geração da maior parte dos dados não é aceita como prática médica. Daí, não-médicos (microbiologistas, químico-clínicos, cito-tecnólogos e imuno-hematologistas) podem dirigir laboratórios, e o farão, legal e profissionalmente. E conclui: "podemos lutar para preservar o *satus quo*, ou podemos participar da oportunidade de criar um desempenho viável para o patologista. Duvido que possamos fazer o relógio voltar atrás".

A coexistência de profissionais médicos e não-médicos em um mesmo campo de atividades, acima de lutas estereis por privilégios profissionais, não é novidade. O longo relacionamento entre a Enfermagem e a Medicina o comprova. Um estudo recente sobre esse relacionamento²⁵ aponta como predominantes em mais de 2/3 dos casos, quatro atitudes positivas relacionadas no Quadro 2. Nesse relacionamento interprofissional é, entretanto, revelador, o comentário: "as enfermeiras(os) admitem a competência do médico até que provem o contrário, enquanto que o conhecimento e a capacidade de julgamento da enfermagem são postos sob suspeita, até que igualmente comprovado o contrário".

Quadro 2

Elementos positivos no relacionamento entre médicos e enfermeiros*

Confiança e respeito mútuos
Comunicação franca
Desejo recíproco de cooperação e ajuda
Competência no desempenho de cada um

*Apud Prescott & Bowen, 1985.

Em editorial sobre o artigo citado, MAKADON & GIBONS¹⁶ comentam que alguns admitem a colaboração na prática clínica entre as duas profissões, desde que não comprometidos os níveis mais altos de decisão. Taxativamente revelam que discordam, porque os aforismas sobre ensino tutorial, que governam a educação médica, parecem igualmente adequados a esta situação. E, acrescentamos, a quaisquer situações, desde que o médico vista os traços de sua responsabilidade. Respeito, compreensão e liderança não são impostos, são conquistados. Afinal, ternura, sabedoria, bondade, entendimento, envolvimento e empatia são características individuais e não profissionais. São estimulados pelo exemplo, mas não se transferem pelo ensino conven-

cional. Por isso, trocar a comodidade discutível do absolutismo do privilégio e a exigência de vassalagem, pela competência e pelo exemplo, seria, em si, uma lição inarredável para as profissões litigantes nessa área.

Há hoje um clamor muito alto sobre a desumanização da Medicina.^{1, 13, 14} Pode admitir-se, por isso, que a crise da Patologia Clínica é a parte menor de problemas mais amplos relacionados com o próprio destino da educação médica. Mas a Patologia Clínica parece particularmente vulnerável a alguns pronunciamentos como: "a fascinação da tecnologia ameaça fazer do paciente o objeto da tecnologia, ao invés de fazer da tecnologia um instrumento para alcançar a melhor saúde. O martelo, uma vez inventado, vai em busca de um prego".⁵ Referindo-se a essa tendência há a frase lapidar de FRAGA FILHO:⁸ (...) a perda de identidade do médico para assumir simplesmente a postura do técnico, é preço muito alto a pagar por tudo quanto a ciência oferece à Medicina, em termos de precisão, eficiência e segurança".

Se a geração de dados úteis ao diagnóstico não pode mais ser exclusiva da atividade médica, resta ao médico voltar-se e cultivar o que é exclusivo de sua vocação:

a) *atitudes* — o fulcro do aprendizado deve estar com o paciente e a sua família. "Durante o aprendizado clínico os estudantes ganham habilidade em entrevistar e examinar pacientes, em correlacionar informações e em formular hipóteses diagnósticas. Adquirem conhecimento dos processos através do estudo da doença. O seu senso de responsabilidade e respeito pelo paciente e sua família, sua abordagem dos problemas clínicos e suas atitudes para com outros profissionais da saúde são moldados durante este período crítico¹;

b) *compreensão* — "os pacientes desejam encontrar quem os cure, os aconselhe e acompanhe através do labirinto da tecnologia médica, selecionando-a com discrição e sem noções preconceituosas"⁵. As relações entre a Medicina e a Sociologia foram apontadas por FRAGA FILHO⁸, que repete Gilberto Freire, dizendo que ambas as ciências têm o homem como centro de estudo e não se podem dar ao luxo de fragmentar-se excessivamente, porque a fragmentação tende a prejudicar o que nessas ciências precisa ser compreensão;

c) *significação e propósito* — HUTH¹³, citando CASSELL: "a Medicina tem a ver com o cuidado do paciente; tudo o mais é secundário a esse propósito (...) médicos tratam pacientes, não doenças e (...) toda a atenção médica flui do relacionamento entre médico e paciente. Para WARREN³⁴ falando-nos das miragens de corrigir distorções por modificações curriculares, o

que desejamos dos nossos médicos, a qualquer custo, encontra-se em uma placa memorial para Sir Richard Wright, na Igreja de Saint James, em Londres: "uma vida de pureza sem nódoa, de cálida afeição e da ambição de ser útil".

Aos patologistas clínicos resta que se aproximem, ouçam, entendam e sejam médicos de seus pacientes.

Referências bibliográficas

1. ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. Physicians for the twenty-first century. *Ann. Int. Med.*, 101 (6): 870-2, 1984.
2. BELTRAN, R. N. La coordinación de la enseñanza de las ciencias de la salud. *Educ. Med. Salud*, 5 (1): 1-19, 1971.
3. De PAOLA, D. A. reforma do ensino de patologia da Faculdade de Medicina da UFRJ. *R. bras. Educ. Med.*, 6 (1): 22-4, 1982.
4. DIDIO, L. J. A. A formação básica do médico. *Carisma*, 2 (1): 5-16, 1981.
5. EISENBERG, J. M. Sculpture of a new academic discipline: four faces of academic general internal medicine. *Am. J. Med.*, 78 (2): 288-92, 1985.
6. FORMIGA, L. C. D. Curso de ciências biológicas: modalidade médica. *Contacto*, 39 (4): 62-3, 1981.
7. FORMIGA, L. C. D. e et alii. *A universidade do Estado do Rio de Janeiro e a formação de recursos humanos para a área de saúde: curso de ciências biológicas: modalidade médica*. Rio de Janeiro, UERJ, 1980.
8. FRAGA FILHO, C. Reflexões sobre o ensino e a prática da medicina. *An. Hosp. Sider. Nac.*, 9 (1): 5-11, 1985.
9. FRAGA FILHO, C. & ROSA, A. R. Formação e treinamento do médico geral. *Educ. Med. Salud*, 13 (2): 149-63, 1979.
10. FRAGA FILHO, C. & ROSA, A. R. Novo currículo para o curso médico da Universidade Federal do Rio de Janeiro. In: —. *Temas de educação médica*. Brasília, MEC/SESu, 1980. p. 169-82.
11. FREIRE-MAIA, L. Programa de ensino e a formação de profissionais na área biomédica. In: SIMPÓSIO SOBRE ENSINO E PESQUISA NA ÁREA BIOMÉDICA. Básico, 5. Goiás, 4-7 maio 1983. *Anais*. Goiás, Universidade Federal de Goiás, 1983.

12. GARCIA, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Washington, OPAS/OMS, 1972. 413p. (Publicación científica, n. 255).
13. HUTH, E. J. The humanities, science and the medical curriculum. *Ann. Int. Med.*, 101 (6): 864-5, 1984.
14. IBERTI, T. J. American medical education: has it created a Frankenstein? *Am. J. Med.*, 78 (2): 81, 1985.
15. LOBO, L. C. G. Ensino das matérias básicas. *R. bras. Educ. Med.*, 5 (2): 95-8, 1981.
16. MAKADON, H. J. & GIBBONS, M. P. Nurses and physicians: prospects for collaboration. *Ann. Int. Med.*, 103 (1): 134-6, 1985.
17. MELLO, C. H. Uma nova dimensão. *R. bras. Patol. Clín.*, 18 (1): 4, 1982.
18. MELLO, C. H. Patologia clínica: seu âmbito e posição. *R. bras. Patol. Clín.*, 2 (2): 35, 1985.
19. MELLO, C. H. Patologia clínica: definições e atribuições. *R. bras. Patol. Clín.*, 21 (2): 46-50, 1985.
20. MICHALANY, J. O problema do ensino da anatomia patológica geral e sistêmica no curso médico integrado. *J. Assoc. Med. bras.*, 18 (810): 2, 1976.
21. MICHALANY, J. El problema de la anatomía patológica como disciplina básica y su sobrevivencia como especialidad independiente. *Patol.*, México, 16 (3): 201-3, 1978.
22. NABEL, G. V. Order and human biology. *Am. J. Med.*, 78 (4): 545-8, 1985.
23. PALACIOS, G. C. La enseñanza de la patología clínica en las escuelas de medicina del Perú. *R. bras. Patol. Clín.*, 18 (5): 163-4, 1982.
24. PINHEIRO, J. Relação entre clínicos e patologistas clínicos: interpretação fisiopatológica dos exames de laboratório. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PATOLOGIA CLÍNICA, 1. São Paulo, 1964. s.n.t. mimeo.
25. PRESCOTT, P. A. & BOWEN, S. A. Physician-nurse relationships. *Ann. Int. Med.*, 103: 127-33, 1985.
26. SANTOS, J. *Currículo da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia*. s.1., s.ed., 1979. mimeo.
27. STEIN, A. A. Is pathology a viable discipline? *Human Pathol.*, 6 (5): 525-7, 1975.
28. STURM, J. A. Cartas ao editor. *R. bras. Patol. Clín.*, 18 (4): 115, 1982.
29. STURM, J. A. & MARQUES, A. L. V. Educação médica continuada em patologia clínica: proposta de normatização. *R. bras. Patol. Clín.*, 20 (3): 84-9, 1984.
30. SUASSUNA, I. Ensino de ciências básicas na faculdade de medicina e a formação profissional. *R. bras. Est. Pedag.*, 50 (111): 96-116, 1968.
31. SUASSUNA, I. O ensino de microbiologia nas faculdades de medicina. *R. Microbiol.*, São Paulo, 6 (3): 63-72, 1975.
32. SUASSUNA, I. Carta. In: *R. bras. Patol. Clín.*, 18 (1): 16, 1982.
33. SUASSUNA, I. & SUASSUNA, I. R. Laboratory requirements for clinical microbiology. *R. bras. Patol. Clín.*, 18 (4): 90-9, 1982.
34. WARREN, K. S. The humanities in medical education. *Ann. Int. Med.*, 101 (5): 697-701, 1984.

Endereço do autor:
Rua Cândido Gaffrée, 39
22291 - Rio de Janeiro - RJ