

CONCURSO DE MONOGRAFIAS  
PROF. DALGIMAR BESERRA DE MENEZES



**CONCURSO DE MONOGRAFIAS**  
**PROF. DALGIMAR BESERRA DE MENEZES**

© by Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará

*Capa*

Luciano Monteiro Franco, Zinho da Gangorra, Fred Miranda e Francisco Batista

*Editoração eletrônica*

Francisco Batista

*Coordenação editorial*

Dalgimar Beserra de Menezes

Ficha Catalográfica

*Bibliotecária Perpétua Socorro Tavares Guimarães CRB 3 801/98*

M 541c Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará - CREMEC  
Concurso de Monografias./Prof. Dalgimar Beserra de Menezes.-  
Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora Ltda., 2006.  
175 p.

ISBN: 85-7563-175-6

1. Medicina- Aprimoramento Profissional
2. Medicina-Reflexões e Inquietações I. Título

CDD: 610

***Trabalhos referentes aos concursos dos anos 2002 - 2004.***

*Direitos reservados. Proibida a publicação, tradução ou reprodução, no todo ou em parte, sem a autorização escrita do autor.*

**CONCURSO DE MONOGRAFIAS**  
**PROF. DALGIMAR BESERRA DE MENEZES**

Fortaleza - Ceará  
2006

**DIRETORIA DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO  
ESTADO DO CEARÁ**

Ivan de Araújo Moura Fé  
*(Presidente)*

Helvécio Neves Feitosa  
*(Vice-presidente)*

Lino Antonio Cavalcanti Holanda  
*(Secretário Geral)*

Dalgimar Beserra de Menezes  
*(1º Secretário)*

Lúcio Flávio Gonzaga Silva  
*(2º Secretário)*

Rafael Dias Marques Nogueira  
*(1º Tesoureiro)*

Urico Gadelha de Oliveira Neto  
*(2º Tesoureiro)*

Fernando Queiroz Monte  
*(1º Corregedor)*

José Albertino Souza  
*(2º Corregedor)*

Maria Neodan Tavares Rodrigues  
*(1ª Diretora de Fiscalização)*

José Málbio Oliveira Rolim  
*(2º Diretor de Fiscalização)*

## APRESENTAÇÃO

Os últimos anos foram marcados por notícias alvissareiras na área da pesquisa biomédica. Avanços no campo da genética, o mapeamento do genoma humano, as pesquisas com células-tronco, as discussões sobre clonagem terapêutica e clonagem reprodutiva, despertaram espanto, curiosidade e esperança. Possibilidades extraordinárias parecem estar cada vez mais próximas em nosso horizonte. Doenças para as quais dispomos atualmente de escassos recursos terapêuticos poderão ter o curso clínico completamente modificado, fazendo com que milhares de pacientes alcancem melhoria substancial em sua qualidade de vida. Simultaneamente, surgem preocupações no que tange à ética de certos procedimentos propostos pelos pesquisadores. A pesquisa com células-tronco se insere neste caso, despertando intensa polêmica envolvendo aspectos científicos, legais, éticos e religiosos.

É claro que continuamos nos defrontando com dilemas éticos que angustiam os profissionais da Medicina há muitos anos. Para dar um exemplo, freqüentemente somos questionados sobre a verdadeira amplitude do segredo médico, considerando o atual estado da prestação de serviços de saúde, em que participam profissionais de diversas áreas,

além da interferência de planos e seguros de saúde, a realização de auditorias, a exigência de justificativa de procedimentos médicos, e assim por diante. Sem falar das constantes solicitações de prontuários médicos por parte de autoridades policiais, do Judiciário e do Ministério Público. Numa outra vertente, os médicos e os pacientes têm sofrido com a crônica carência de leitos das Unidades de Terapia Intensiva. Com isto, freqüentemente o médico se depara com a necessidade de ter que decidir qual paciente internar e qual deixar na fila de espera, o que se constitui num conflito ético extremamente angustiante para os utelistas e os outros profissionais que lidam com os pacientes mais graves.

O fato é que a prática médica continua suscitando dúvidas e inquietações sobre qual a melhor conduta, não só do ponto de vista científico quanto no que toca à vertente ética da profissão. O que nos conduz à busca incessante – um trabalho de Sísifo – do aprimoramento profissional, com o intuito de proporcionar aos pacientes um atendimento de qualidade, resolutivo, condizente com as necessidades de saúde da população. Ao mesmo tempo em que, como seres políticos, precisamos discutir a questão fundamental do acesso às ações e aos serviços de saúde, o que nos leva a refletir sobre a formação científica, técnica, ética e política dos profissionais da Medicina.

Ao criar o Prêmio Professor Dalgimar Beserra de Menezes, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará teve o intuito de estimular médicos e estudantes de Medicina a desenvolverem reflexões sobre os temas de ética e bioética. Temos agora a satisfação de publicar os trabalhos apresentados de 2002 a 2004, os quais expressam as reflexões e inquietações dos autores com temas relevantes do cenário médico. Estamos convencidos que esses trabalhos vão estimular outros, que talvez venham a compor novo volume. É o que esperamos.

**Dr. Ivan de Araújo Moura Fé**  
*Presidente do CREMEC*

## SUMÁRIO

- 1. Fundamentos da Medicina Intensiva (Não Apenas Terapia Intensiva)**  
Francisco Albano de Meneses..... 9
- 2. Influência da Teoria dos Humores na Educação Médica do Brasil Colonial**  
Roberto Wagner Bezerra de Araújo ..... 23
- 3. Cosmvisão e Reforma Curricular**  
Leonardo Augusto Negreiros Parente Capela Sampaio ..... 37
- 4. O Impacto Psicológico da Infertilidade**  
Geraldo Bezerra da Silva Júnior ..... 61
- 5. Educação Médica: Modelo de Saúde X Formação Profissional**  
Rita Erotildes Maranhão Mariano  
Marcelo Gurgel Carlos da Silva..... 75
- 6. Transplante de Fígado no Ceará: Do Laboratório à Prática Clínica**  
José Huygens Parente Garcia..... 105
- 7. O Que Pensam os Estudantes de Medicina da Universidade Federal do Ceará Sobre o Exercício da Profissão Médica no Programa Saúde da Família**  
Giovanni Grangeiro de Araújo..... 151





FUNDAMENTOS DA MEDICINA INTENSIVA  
(NÃO APENAS TERAPIA INTENSIVA)

---

FRANCISCO ALBANO DE MENESES  
Médico Intensivista



O socorro ao ser humano que sofre, sem dúvidas, acontece desde os seus primórdios – tendo sua expressão no ombro que ampara o cambaleante ou no colo que recolhe os últimos suspiros daquele que desfalece. Os textos bíblicos do Antigo Testamento consignam a reanimação de pessoas supostamente mortas, trazidas à vida com manobras ventilatórias promovidas por outros humanos, embora que, também supostamente, dotados de competências sobre-humanas<sup>1,2</sup>. Afirmar-se-á que tais atitudes configuram, tão-somente, expressões de humano e social comportamento – na primeira situação, e viés miraculoso – na segunda. Com a devida liberdade, entendo que o socorrido, vítima das agressões infligidas por motivos diversos (conflitos inter-tribais, e morte súbita, respectivamente – admitamos), recebeu o apoio e o amparo devidos (e possíveis) de alguém mais próximo, que por lá passava, ou que o vigiava – dotado de qualidades diferenciadas ou não. Ensejando o desenvolvimento das reflexões seguintes, identifico em tais situações, a função precípua do médico – a atitude de servo, indiferente à doença, importando, sim, o doente. Ouso afirmar, ainda, que esboçam desígnios atribuíveis ao médico-intensivista, considerando-se seu ministério precípua de administrar disfunções críticas, mercê de qualidades técnicas (não-miraculosas, diga-se) – culminando com a reversão, ou, quando impossível esta, a tolerância ao fim inexorável.

## A MEDICINA INTENSIVA (MI)

Identificado o intensivista, também identifico ali a base doutrinária de sua especialidade – a medicina intensiva. Falar em MI implica contemplar-se horizontes amplos, ao tempo em que se mergulha em águas profundas. A perspectiva horizontal nos aponta a faixa de competências exigida no atendimento às disfunções orgânicas comuns a todos doentes, quaisquer que sejam as especialidades – definidas estas pelo domínio de uma faixa etária, topografia, e/ou modalidade terapêutica (clínica *versus* cirúrgica). A perspectiva vertical contempla a imersão em complexidade (níveis orgânico, tissular, celular) e qualidade das intervenções oferecidas (diagnóstico, monitorização e terapêutica). Mais que meramente terapia intensiva, como o tempo consagrou, cabe ao intensivista, também, buscar avidamente o diagnóstico, nas suas várias instâncias – fisiológica, anatômica e etiológica. A não-disponibilização de um diagnóstico, em qualquer das instâncias referidas, não impede a atitude pró-ativa de confronto e contemporização da disfunção (ou disfunções) em curso. O exercício diário de MI exige do intensivista o respeito ao doente como um todo, não apenas um somatório de partes – posto que o somatório das partes, a despeito de rigorosamente bem tratadas, pode ao final culminar em redução do todo. Isso pode acontecer, não-incomumente, quando condutas supostamente bem-intencionadas buscam preservar uma função em detrimento de outra (ou outras). Igualmente importante, ao intensivista não se permitirá alhear-se dos fenômenos que ocorrem na intimidade dos tecidos, e, sempre que possível, na intimidade das células (até das estruturas sub-celulares). O intensivista que respalda suas decisões na detecção de alterações semióticas expressas ectoscopicamente estará expondo seu doente a perdas irreversíveis (ou quase), posto que tais alterações apenas indicam que o dano deixou de ser funcional para, de fato, ser estrutural. Permanecer na superfície pode significar perder “o trem da história”, ou “comer um prato frio”. Ainda na linha de prudência a ser pautada, cabe clamar-se por busca de homeostase, diferentemente de ansiar-se por busca da normalidade estanque e única – que desconsidera os diversos referenciais, vigentes nas situações totalmente agudas ou nas situações crônicas agudizadas.

## O DOENTE

A atenção prioritária devotada ao **doente** baliza as atividades do intensivista, conferindo-lhe uma perspectiva mais ampla que aquela classicamente desenhada nos compêndios, cuja organização repousa no delineamento de doenças – estas, por sua vez, inferidas como se fora uma operação aritmética de adição ou subtração de sintomas, sinais e achados laboratoriais. Não se descarta aqui o imperativo de saber que **doença** (ou doenças) aquele doente abriga; na verdade, apenas se enfatiza que, sendo o doente uma vasta economia orgânica agredida ou violada por um agente endógeno ou exógeno, a crucialidade de preservar sua homeostase assume prioridade. A busca da etiologia, individualizando agentes, obviamente acompanhará as medidas reanimatórias iniciais, podendo emergir ainda nessa ocasião, porém, não necessariamente agora, ficando no terreno das cogitações iniciais – com encaminhamento posterior. Se, naturalmente, o ser humano – em cada momento – reflete a interação com as circunstâncias, nada mais inteligível que entender o ser humano doente como resultante da interação, no mínimo, de sua fisiologia com uma plethora de agentes agressores. A propósito, Lewis Thomas asseverou que a resposta orgânica a um agressor microbiano, via mediadores endógenos, configura minas ativáveis, culminando com resultados variáveis, a depender do potencial endógeno de defesa e da virulência do agressor<sup>3</sup>. Os eventos resultantes, por sua vez, poderão traduzir-se na cura almejada ou nas disfunções orgânicas múltiplas – não incomuns<sup>4</sup>.

## A UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO (UTI)

A UTI representa a casa do intensivista e local de acolhimento do doente grave – real ou potencialmente grave. Mercê desse mister, foilhe, mesmo, consignado o rótulo de “hospital do hospital”<sup>5</sup>. Seus desígnios de atender uma população de doentes já vulnerada impõe que esteja maximamente dotada de recursos logísticos, de modo a propiciar um confronto de plena vitória para o doente – ou, no mínimo, sem perdas. Se imaginamos o intensivista em épocas remotas, a UTI tem sua marca patenteada apenas na segunda metade do século XX – embora existam esboços ligeiros ainda no século XIX<sup>5</sup>. Tais esboços denunciam,

ao mesmo tempo, a fragilidade com que foi gerada e procriada, bem como a densa força que justifica sua existência. Atribui-se a Florence Nightingale, ímpar enfermeira inglesa, a triagem de doentes graves, destinando-lhes um espaço de atendimento diferenciado; a Larry, cirurgião das tropas de Napoleão, confere-se a estratégia de drenar doentes graves dos sítios de conflito antes que as batalhas findassem. Ambas atitudes, sem dúvidas, atendem os objetivos essenciais da UTI. A primeira metade do século XX assistiu à criação de salas de recuperação pós-operatória, reproduzindo e intensificando o anseio de melhor atender o doente grave. Porém, as primeiras UTIs assumirão suas feições, de fato, apenas com as epidemias de poliomielite em meados do século XX, na Europa e EUA. A partir de então, a concepção e o desenvolvimentos tecnológico e logístico de UTIs ganharam foros de demanda publicamente justificada, deixando de ser uma necessidade restrita às intercorrências no doente internado para atender também àquelas geradas no seio da comunidade. Dir-se-á que, embrionariamente concebida na belicosidade entre países, vive sua maturidade na belicosidade civil. Fato notório e inolvidável, as UTIs se tornaram um fato concreto, abrigo de vidas cada vez maiores de doentes cada vez mais graves, sem, contudo, serem cada vez maiores os benefícios almejados pela população. Fato notório e inolvidável – também – é que a UTI surgiu e evoluiu como um anseio atropelado por intempéries que evoluíram de surtos e epidemias para se tornarem, tristemente, endemias – em particular, no atendimento às vítimas das doenças degenerativas e do trauma.

### **ADMISSÃO A UTI**

O ingresso de um doente à UTI se prende à prerrogativa imprescindível de reversibilidade mui certa ou possível de sua disfunção (ou disfunções), segundo os recursos disponíveis<sup>6</sup>. Disfunção aguda, ora vigente ou potencial, carecendo de monitorização e/ou tratamento somente propiciados na UTI, mercê de sua tecnologia e, principalmente, do pessoal qualificado nela presente. Implícito está que a admissão se atrela a desvios fisiológicos (aqui inclusos os metabólicos), tais como as disfunções respiratória, cardio-circulatória, renal, etc. As doenças básicas assumem papel secundário, não desconsiderável, porém detentor

de menor justificação. Osler há várias décadas já alertava para o fato de que são as complicações das doenças básicas – entendendo aqui as disfunções – que carregam consigo o poder ceifador, sejam tais complicações agudas ou crônicas<sup>7</sup>. Assim é que uma pessoa pode ser admitida à UTI face a disfunções agudas múltiplas decorrentes de sepse que ocorreu após um transplante renal face a nefropatia crônica e severa atribuível, por sua vez, a doença diabética. Acrescente-se, também, que se a doença básica, por um lado, não tem força suprema para determinar ou excluir a admissão a UTI, por outro, se reveste de importância na discriminação entre doentes quando a disponibilidade de leitos fica aquém da demanda.

### **ALTA DA UTI**

Emblematicamente, aquele doente que, uma vez admitido à UTI, dela sai deve fazê-lo gozando plena recuperação – no mínimo, com a maior reparação possível das disfunções apresentadas. De outro modo, diríamos que não mais precisa da UTI quando desnecessários os imperativos de monitorização e/ou tratamento<sup>6</sup>. Cabe, entretanto, vislumbrar as situações em que – inobstante o concerto de ótima qualidade disponível na UTI – a evolução do doente demonstra refratariedade e até piora avassaladora. Pode configurar a extensão previsível da doença básica, porém pode ser consequência de iatrogenias ocorridas no interior da UTI. Mais que meras disfunções, as falências – que perduram semanas, carecendo de suportes – e o estado de morte encefálica – sem perspectiva de doação de órgãos – bem ilustram essas situações onde há de se contemplar a transferência da UTI, num clima de entendimento e negociação entre as partes interessadas. Nesse momento, mas não apenas nesse momento, devem prevalecer os imperativos éticos da tomada de decisão: autonomia do doente, beneficência, não-maleficência e justiça equitativa<sup>8</sup>. É óbvio que, para sua real e tranqüila aplicação, devem tais pressupostos ser conhecidos – do modo mais universal possível. Se exercidos os três imperativos iniciais no interesse do doente em apreço, o último contemplará toda a população que potencialmente aguarda um leito na UTI – ocupado naquele momento por um doente, em tese, com morte anunciada.



## **A GRAVIDADE DO DOENTE: CONTEXTUALIZAÇÃO**

*In the next century [XXI], hospitals will become large ICUs [intensive care units].*

**William Knaus, *Critical Care Clinics***

Repetem-se as disfunções, podendo-se afirmar que de forma universal. Mudam, sim, as doenças básicas, segundo a sazonalidade, as peculiaridades regionais, culturais, a distribuição sexual e a faixa etária. Asseverem-se aqui que, inobstante compormos uma Índia – reproduzindo levas de malária, tétano e intercorrências peri-natais, também nos damos ao “luxo” de padecer de doenças coronarianas, cérebro-vasculares e neoplasias – como na Bélgica. Porquanto de maior interesse, a contextualização das disfunções exige que se destaquem os desníveis na gravidade com que os doentes chegam a UTI. Se qualitativamente semelhantes às dos doentes de “outros mundos”, quantitativamente os nossos doentes as detêm em maior gravidade – diríamos, mesmo, que chegam quase mortos. Uma diversidade de razões pode, sem grande esforço, ser mobilizada. As doenças degenerativas surgem, evoluem e assumem dimensões de gravidade sem diagnóstico e sem tratamento – e quando efetuados, o são de forma irregular, anárquica. Não-incomumente, adentram a UTI doentes com uremia, hemorragia digestiva e congestão pulmonar, e ao final – com vida ou mortos – conclui-se que portavam insuficiências renal, hepática e cardíaca de longa data. A inexistência de modelos, mesmo que elementares, de planejamento sanitário propicia a banalização das admissões para doentes cuja morbidade básica poderia ser prevista e/ou erradicada – tais como dengue e tétano. Sem que desconheçamos o cosmopolitismo da hipertensão arterial, preocupa-nos a grande massa de desprotegidos de acompanhamento, responsável pela grande demanda de UTI – quer na forma de síndromes coronarianas agudas (infarto, angina instável), quer na forma de eventos cérebro-vasculares agudos. Não bastassem tais motivos, é inolvidável que os doentes graves, muito graves, vão chegar à UTI já detendo disfunções múltiplas apenas depois do corpo-a-corpo no corredor dos pronto-socorros, desafiando outros doentes (dois, três, ou mais) na corrida a um leito de UTI. Numa perspectiva imediatista (diria, mesmo, clientelística) pontuam aqui e ali supostas autoridades clamando por mais leitos

de UTI – constituindo, mesmo, plataformas de candidatos às câmaras legislativas. Sem dúvidas, para a demanda do momento exige-se um encaminhamento concreto e racional que contemple o presente, sem, contudo, olvidar o futuro, desiderato não proporcionado no passado por aqueles que, com certeza, sustentavam ardorosamente que a solução se faria criando, apenas e tão-somente, espaços para alojar doentes e ambulâncias para transferência. Assim fazendo, apenas promovem o deslocamento da bola de neve.

### **ESCORES DE GRAVIDADE**

*A vida é curta, a arte é longa, a ocasião fugidia, a experiência enganadora, o julgamento difícil. Hipócrates, Aforismos*

Um desígnio ou função única dos primeiros médicos, o prognóstico compõe inexoravelmente o conjunto de atributos exigíveis de um intensivista, que deve utilizá-lo ao longo da internação – a começar na admissão, passando pela evolução, e culminando com a impressão do êxito ou insucesso final. Trata-se, sem dúvidas, de atender uma demanda natural e inteligível do doente, da família (ou interessados outros), e daqueles envolvidos no acompanhamento de cada momento. Impõe-se dizer que, a despeito de ser um antigo instrumento de comunicação entre o médico e os demais envolvidos (doente, familiares e outros), a ênfase ora posta no prognóstico decorre da onda de insucessos e frustrações em voga nos países desenvolvidos, cujos investimentos em saúde não coincidem com as reduções esperadas nas taxas de morbi-mortalidade<sup>9</sup>. Na sua ótica, portanto, nada mais lúcido que ensejar a aplicação de recursos naqueles doentes que carregam consigo um melhor (ou o melhor) prognóstico. Importa, aqui, dizer que mister tão antigo, reflexo de competência adquirida ao longo da carreira, a arte do prognóstico se reveste no momento de roupagem nova, destinada a atender as solicitações de um novo momento. Tais roupas, diríamos, são menos artesanais e mais solidamente científicas, produzidas segundo fundamentações objetivas e palpáveis, de modo a fugir da variabilidade subjetiva, e influenciável pelo não-previsível e não-alcançável. Falo, nesse momento, dos escores de gravidade, consubstanciados – a princípio – nos estigmas

clínicos e demográficos, e hoje embasados em valores quantitativos derivados da fisiologia e da semiótica do doente. Dispomos, atualmente, de escores pertinentes a doenças (infarto, pancreatite, etc), a disfunções (respiratória, hepática, etc), bem como aqueles aplicáveis ao doente independente de sua doença básica e de suas disfunções (APACHES)<sup>10</sup>. Ensaçados com a finalidade inicial de separar doentes com sólida perspectiva de benefício daqueles desprovidos, entretanto, mesmo apelando para recursos com extrema palpabilidade, não se conseguiu o desvencilhamento da veia artística. No máximo, admite-se a aplicação de escores prognósticos na discriminação de grupos, comparando-os quanto à evolução, quanto à resposta frente a um tratamento, etc.

### **ZONA DE AÇÃO DO INTENSIVISTA**

*De súbito, porém, ondula um frêmito sulcando, num estremeção repentino, aqueles centenares de dorsos luzidios. Há uma parada instantânea. Entrebatem-se, enredam-se, trançam-se e alteiam-se fígando vivamente o espaço, e inclinam-se, embaralham-se milhares de chifres. Vibra uma trepidação no solo; e a boiada estoura ...* **Euclides da Cunha, Os Sertões**

Embora não se conceba um médico capaz de abandonar o tratamento de seu cliente, sobretudo nas situações de maior gravidade, não se pode desconhecer suas limitações frente a pletora de peculiaridades da morbidade, cuja onda de avanço não se restringe a compartimentos, qual fora o estouro de uma boiada. Se humanamente insuficiente para enfrentar o caos pluri-orgânico, a consciência disso não justificará nem a fuga, nem tampouco o loteamento orgânico àqueles que, porventura, dominem compartimentos isolados. Cabe, nesse momento, a inserção do intensivista, posto que, em tese, preparado para intervir na zona de desvios fisiológicos, permeando as fronteiras das especialidade básicas (e mesmo as sub-especialidades). Dizer “inserção” implica reconhecer e respeitar a presença dos demais profissionais envolvidos. Por outro lado, não se restringe a função do intensivista ao intercorrencismo, nem tampouco ao comportamento focal e amorfo de mero intervencionista – intubando, acessando vasos e administrando fármacos vasoativos e inotrópicos. Exige-se-lhe o domínio – o maior possível – das condições que mais freqüentemente culminam com a transferência de um doente

a UTI, sob pena de se tornar apenas um exímio reanimador de funções. Na UTI, compete ao intensivista comportar-se, segundo Max Weil, como um clínico, um cientista, um educador, um administrador e um bioeticista<sup>11</sup>. Garner King, por seu lado, entendia o intensivista como um clínico à cabeceira do doente exercendo uma profícua relação com o doente, sua família e os demais colegas consultores<sup>12</sup>. Tipificado como alguém restrito às lides da UTI, assegure-se que o intensivista dispõe, hoje, de um amplo espaço de manobras, podendo fazê-lo, sim e sempre, onde se encontra o doente grave – real ou potencialmente. Pode, assim, operar com desenvoltura no pronto-socorro, na sala de recuperação, ou mesmo, quando solicitado, na enfermaria. Numa concepção mais ampla e avançada, entende-se o papel a ser preenchido pelo intensivista no planejamento (mais ainda, na implementação) de ações frente aos cataclismas naturais (enchentes, terremotos) ou promovidos pelo ser humano (terrorismo biológico, por exemplo).

### HUMANIZAÇÃO DA UTI

*When the possibility of death increases, however, we must learn to restrict useless interventions and focus on caring for the patient and family. Our time should be spent in communication, explanation and clarification rather than ordering new drugs, tests or procedures. Patients seek medical **care**, not necessarily expecting **cure**. Joseph Civetta, **Critical Care***

Impera, atualmente, o reclamo por humanização vindo da comunidade que, em algum momento, esteve ou teve algum parente (ou alguém de seu interesse) internado num leito de UTI. Em nenhum outro lugar ou circunstância, se configura situação tão apelativa ao apreço e a solidariedade como aquela que soa a aproximação do fim. A bem da verdade, consigne-se a densidade do apelo, posto que não-incomum as referências à UTI como “templo de tortura”, existindo, até, relatos de supostas fugas da UTI por pessoas caras à mídia. Imaginar o intensivista no seu exercício, com certeza, fará emergir o espectro de um laboratório prenhe de aparatos eletrônicos expelindo luzes e sons, permeados por fios e frascos, no meio ou sob os quais jazem o doente e aqueles que o assistem. Num jogo de cenas filmístico, o distanciamento deste

flagrante possivelmente o localizará num sítio remoto do hospital – tal como fim-de-corredor, último andar – inacessível a *estranhos*. Em resumo, configurar-se-á um ambiente de claustro, de *sub-humanização*. Asseguro, contudo, que este retrato gradualmente vai se esmaecendo, tornando-se datado à medida em que especialista e especialidade vão amadurecendo, conferindo às UTIs uma rosto mais humano, de menos sofrimento. Apesar de não conseguir descolar-se da gravidade (real ou potencial) dos doentes que a adentram, a estrutura e o funcionamento da UTI gratamente vêm assimilando os anseios naturais de todos aqueles que a utilizam como local de acolhimento ou de trabalho. Se antes um ambiente primariamente destinado ao exercício da ciência e da tecnologia maximizadas, exige-se, hoje, mais que isso: exige-se que ciência e tecnologia sejam oferecidas com carinho, solidariedade e compaixão. A propósito, em seu congresso de 2001, a Society of Critical Care Medicine sonoramente rotulou-o como *Critical Care: Blending Science & Compassion*. Entenda-se que a busca de humanização da UTI não se satisfaz somente com o **melhor atendimento** ao doente, mas também com o **melhor entendimento** entre os que o servem, e destes com os familiares do doente (e demais interessados). A concretização desse desiderato vai gradualmente incorporando a participação de outros parceiros, tais como o psicólogo, o assistente-social, o arquiteto – todos ensejando a construção de salutar interação, e propiciando ambientes mais acolhedores e aconchegantes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 1Reis 17, 17-24.
- 2 2Reis 4, 8-37.
- 3 Thomas L: The lives of a cell. New York, Viking Press, 1974.
- 4 Pinsky MR, Matuschack GM: Multiple Systems Organ Failure: Failure of host defense homeostasis. Crit Care Clin 5: 199-220, 1989.
- 5 Bendixen HH, Kinney, JM: História do Tratamento Intensivo. In: Comitê de Cuidados Pré e Pós-operatórios – *American College of Surgeons: Assistência Cirúrgica Intensiva*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.
- 6 Recommendations for Intensive Care Unit Admission and Discharge Criteria. Task Force on Guidelines, Society of Critical Care Medicine. Crit Care

Med 16:807-808, 1988.

7 Bean RB, Sir WO: Aphorisms. New York, Henry Shumar, 1950.

8 Terzi RGG, Silveira OC: Suporte Avançado de Vida: Até Quando? CBTI 3:319-333, 1996.

9 Kollef MH, Rainey TG: The role of outcomes research on the intensive care unit setting. New Horiz 6:1-2, 1998.

10 Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, et al: APACHE II: A severity of disease classification system. Crit Care Med 13: 818-829, 1985.

11 Weil MH: Physician Education in Critical Care Medicine. New Horiz 1998; 6: 235-238.

12 King EG: O Tratamento Intensivo e sua Doutrina. *In*: Sibbald W (ed): Compêndio de Terapia Intensiva. Rio de Janeiro: Revinter, 1990.



INFLUÊNCIA DA TEORIA DOS HUMORES  
NA EDUCAÇÃO MÉDICA DO  
BRASIL COLONIAL

---

ROBERTO WAGNER BEZERRA DE ARAÚJO  
Médico





## **INTRODUÇÃO E OBJETIVOS**

Este trabalho insere-se numa perspectiva histórica e pretende trazer luzes para a compreensão da importância de um modelo explicativo sobre as doenças e seu impacto para a educação dos médicos e principalmente para a abordagem terapêutica das doenças existentes no Brasil de 1500 a 1700.

Serão abordadas as principais doenças descritas na época colonial e a influência da literatura lusitana com ênfase nos três primeiros livros publicados em língua portuguesa sobre a medicina no Brasil.

Pretende-se com esta pesquisa atrair o interesse dos médicos sobre fatos pitorescos do exercício e aprendizado da medicina dos primeiros duzentos anos da chegada dos portugueses no Brasil e ao mesmo tempo mostrar a importância de um paradigma explicativo sobre as doenças que perdurou por mais de um século e meio de história médica.

## **MATERIAL E MÉTODOS:**

Usou-se como ferramenta principal de pesquisa o estudo crítico de Gilberto Osório de Andrade, com *Introduções Históricas, Interpretações e Notas* de Eustáquio Duarte, edição da qual foram tirados novecentos (900) exemplares em papel Buffon (Petropolis) de 40 quilos, numeradas mecânicamente de 001 a 900, duzentos em papel assetinado de 24

quilos, numerados de 901 a 1100, e vinte em papel Superbond, sendo cinco em cor rosa, cinco em azul, cinco em verde e cinco em amarelo, numerados respectivamente de I a V, VI a X, XI a XV, e XVI a XX, todos rubricados pelo Diretor do Arquivo Público Estadual.

O exemplar fonte da pesquisa foi o de número 838 de Morão, Rosa e Pimenta *Notícia dos Três Primeiros Livros em Vernáculo sobre a Medicina no Brasil*, publicado em 1956, sob os auspícios do Arquivo Público Estadual de Pernambuco.

## **A TEORIA HUMORAL COMO MODELO EXPLICATIVO DAS DOENÇAS**

1.1. Coube a Hipócrates de Cós ( $\pm 400$  Ac) o papel de separar a medicina da filosofia e iniciar a interpretação das causas das doenças, como tendo raízes naturais. Além de permitir que a medicina grega atingisse um *status* de ciência e arte, trouxe da filosofia o modelo explicativo das doenças, baseado na tese do equilíbrio entre os humores, que deveriam compor o corpo humano. A analogia com os quatro elementos que compõem a Natureza (fogo, água, terra e ar) não terá sido mera coincidência. A Medicina Hipocrática permanece como a etapa mais evoluída da práxis médica racional e ética.

1.2. Coube a Galeno dar continuidade ao modelo explicativo das doenças. A Teoria do Humores apoia-se na idéia de que doença é sinônimo de desequilíbrio entre os quatro humores (bílis amarela, sangue, bílis negra e fleuma). Este modelo ultrapassou o período Helênico e Romano, teve seu ápice na Idade Média e vigorou até muito tempo depois dela, chegando a influenciar o exercício da medicina brasileira em seus primeiros duzentos anos pós-colonização européia.

1.3. A Medicina Galênica caracterizou-se por uma maior sistematização das doenças e, do ponto de vista de ensino médico, pela instalação do saber livresco versus o saber prático. Desde então os profissionais médicos foram divididos entre aqueles que detinham o saber médico e aqueles que praticavam a medicina cirúrgica.

1.4. A doença sempre foi a preocupação primordial da medicina e dos médicos. Só recentemente a medicina passou a encarar sua práxis

dentro de uma conotação mais ampla incluindo o conceito de saúde individual e coletiva. Tal deslocamento de conceitos foi uma operação histórica que se caracterizou por um aparecimento tardio. No Brasil colonial, a influência da medicina portuguesa foi marcante e assim o atestam as três primeiras publicações sobre doenças no nosso país. Ao que parece, a medicina tropical nasce com a preocupação dos portugueses de se adaptarem ao novo *habitat*.

1.5. Os médicos do Brasil Colonial tiveram formação estritamente europeia e pela sua condição acadêmica não aceitavam os curandeiros que eram afeitos ao uso das substâncias tropicais e talvez por isso, sugere Gilberto Freyre, houve o desenvolvimento em separado da parte médica e da farmácia de ervas tropicais, do mesmo modo que a arquitetura e a culinária, fora do ambiente acadêmico.

1.6. Do confronto entre o saber livresco da medicina Galênica ostentado pelos europeus e o saber popular dos nativos sobre o efeito das plantas em diversos processos de doenças, surgiu no Brasil uma tropicologia farmacêutica natural que por vezes surpreendia aos acadêmicos.

### ***A TEORIA HUMORAL NO TRATADO ÚNICO DAS BEXIGAS E SARAMPO***

Este tratado foi escrito por Romão Mósia Reinhipo, em 1683 e dedicado a D. João de Sousa; o texto recebeu estudo crítico de Gilberto Osório de Andrade.

Em comentário, Osório de Andrade reproduz a motivação de Morão para escrever o *Tratado* que, ao que parece, foi o fato de ele próprio, Morão, ter sido acometido da doença e talvez por este motivo, D. João o exortou a reportar sobre o assunto à sua própria custa.

Na literatura há controvérsias sobre o aparecimento da varíola em Pernambuco, tudo levando a crer que por volta do século XVI, quando começaram a se instalar os primeiros engenhos de cana-de-açúcar, correspondendo também ao começo do tráfico de escravos.

Na Bahia a peste já se apresentara desde 1559 e 1561. Uma descrição da época já sugere o tratamento baseado na teoria dos humores, conforme a descrição abaixo:

“5.0... e porque não foi *sangrado* (grifo meu) foi sua enfermidade mais prolixa, porque lhe saiu aquele sangue em apostemas e sarnas por todo o corpo e durou muito tempo...” Percebe-se aí a influência da teoria (humor sangue) que estaria em desequilíbrio, sendo necessário o procedimento da sangria para o restabelecimento da saúde. Há relatos da descrição da doença (varíola), que varreu todo o Brasil, pelo padre Anchieta e pelo governador Mem de Sá. Acredita-se mesmo que foi a partir de 1563 que a corrupção pestilenta tenha atingido o Brasil de ponta a ponta. A história do progresso dos engenhos é entrecortada pelo problema da varíola que afetou quase toda a população negra e índia, por volta de 1563.

É interessante citar, de passagem, a pergunta e a explicação que o médico português Pinheiro Morão se faz, 60 anos após o acontecimento das epidemias :

“Que razão há para que o influxo Celeste, ou os Cometas, imprimam mais os seus efeitos das bexigas nos negros, do que nos brancos? A resposta dada era a de que como eles eram mal compleccionados, nascidos de má vida, pior trato, e maus alimentos que comem, acham os *astros* neles (grifo meu), e ao ar corrupto (grifo meu) mais disposição para neles imprimirem com mais força os seus efeitos das Bexigas, do que nos brancos... (Osório de Andrade, op. cit. p13)”.

Segundo Otávio de Freitas, citado por Osório Andrade, a varíola foi uma das três moléstias que mais devastações fizeram no Recife; as outras foram a febre amarela e o cólera.

Até 1896 a varíola era tão frequente que chegou-se mesmo a pensar que não haveria meio de ficar livre dela.

## **A INTERPRETAÇÃO DAS BEXIGAS À LUZ DA TEORIA DOS HUMORES**

Como bem assinala Osório de Andrade, o *Tratado das Bexigas* possui oito capítulos, uma dedicatória, um preâmbulo, as licenças do Santo Ofício, Ordinário e Informação do índice geral por ordem alfabética e índice dos capítulos.

Para explicar a etiologia e a fisiopatologia da Bexiga o autor utiliza o modelo explicativo da medicina Hipocrático - Galênica; teoria que,

como já assinalamos, surgiu com a medicina da antiguidade grega fazendo lembrar de Anaxágoras, que atribuía doenças a um desequilíbrio da bile, de Alcmeón de Crotona, que introduziu na Medicina o princípio da harmonia, de Empédocles, Platão e Zenão, com sua teoria das quatro qualidades elementares, e os médicos do tempo de Aristóteles, que atribuía à fleuma, como à bile, um papel importante nas doenças. Os humores estabeleciam correspondências cromáticas na sintomatologia, valendo a pena reproduzir os dizeres de Morão, citados por Osório de Andrade: “umas diferenças se tomam da substância dos humores de que nascem, outras da quantidade deles e outras da qualidade dos mesmos humores”; donde umas (bexigas) nascem do sangue, e aparecem vermelhas, e outras da fleuma, e aparecem brancas, e outras da cólera e, aparecem amarelas e outras finalmente da melancolia e aparecem verdes ou negras. É curioso crer que a fragilidade teórica dos humores como modelo explicativo fosse ao mesmo tempo eficaz para estabelecer procedimentos terapêuticos como a sangria, por exemplo.

As bexigas tinham como causa uma corrupção do sangue menstrual e este era um mal hereditário. A diferença da bexiga (variola) com o sarampo se fazia pela espessura do sangue menstrual, que quando delgado correspondia ao sarampo. Há relato no livro de Morão da existência de uma Astrologia Judiciária que permitia pela análise do fluxo celeste afirmar quais as epidemias que seriam mais comuns ao Brasil e que ofendem a todos. Isto explicaria, por exemplo, o fato de existirem bexigas em alguns lugares de forma esporádica, e o clima brasileiro seria propício para epidemias porque “os poros dos corpos, que nele habitam, andam sempre abertos, suando e tressuando, nesta evacuação de suor, gastam alguma porção de humor, que lhe podia servir de matéria para as bexigas e para o contágio.”

### **A REALIZAÇÃO DE AUTÓPSIAS E A MUDANÇA DO PARADIGMA EXPLICATIVO DAS DOENÇAS – O NASCIMENTO DA CLÍNICA**

João Batista Morgagni, por volta do século XVII, procurou *a Sede e a Causa das Doenças pela Interrogação Anatômica*, título de seu livro

que inaugura a possibilidade do nascimento da clínica e da Anatomia Patológica.

Foi com a Anatomia Patológica que a descrição dos sinais e sintomas no vivo correlacionou-se com o estudo do cadáver. A ciência que estava nascendo propunha que as alterações observadas no cadáver poderiam ser explicadas de uma outra maneira que não por alteração dos humores. O golpe de misericórdia na teoria humoral foi dado pelos trabalhos de Andreas Vesalius, com a Anatomia, e com William Harvey, com a descrição da Circulação. Órgãos alterados assim o estavam porque seus componentes foram modificados e a doença poderia ter causas no próprio órgão ou tecido. A idéia de que a célula é a unidade estrutural e funcional do ser vivo, juntamente com o aparecimento do microscópio, permitiu antever a possibilidade de um novo mundo não mais formado de humores mas povoado de seres invisíveis aos olhos desarmados. Estava iniciado o palco para o aparecimento da teoria solidista em substituição à teoria dos humores e mais tardiamente, o nascimento da Patologia Celular (século XIX) em que Virchow estabeleceu as bases celulares para a compreensão das doenças; a teoria dos germes de Pasteur forneceu a ferramenta para o aparecimento do tratamento antibiótico.

Foi apenas em meados do século XVII, que Pernambuco transformou-se num centro precursor de pesquisas científicas no Novo Mundo, com hospitais e setores de estudos médicos onde se realizariam as primeiras autópsias e as primeiras observações técnicas em parasitologia e toxicologia no país.

## **A FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL COLÔNIA**

As colônias européias no Novo Mundo incluindo o Brasil no período de 1581 a 1640 tiveram, desde as primeiras décadas, um relativo número de profissionais afeitos à arte de curar: médicos e cirurgiões graduados ou práticos, mestres licenciados, boticários, enfermeiros, de parte da legião dos especializados, dos que conseguiam cartas de habilitação perante os protomédicos ou cirurgiões-mores, como litotomistas, hernistas, flebotomistas, rótulos que os distinguiu dos barbeiros sangradores, os ventosistas, os que reduziam fraturas e luxações (alge-

bristas), os clisteristas, os peritos em extrair lobinhos, em curar feridas, em tratar os galicosos. (Eustáquio Duarte, op.cit, p42). Ao lado disto, havia um sem número de profissionais habilitados que exerciam a arte médica com outros objetivos, quais sejam, o de procurar enriquecer na aventura do ouro, ou de fugir das perseguições da Igreja. Por este motivo, afirma Eustáquio Duarte, não era de se estranhar que nas Colônias de Castela, como no Brasil dos anos quinhentos e seiscentos, houvesse tantos “cristãos-novos” exercendo a medicina. Claro que na Colônia também existiam os verdadeiros doutores, com formação acadêmica (leia-se na medicina Hipocrático-Galênica e utilizando como modelo a Teoria dos Humores) que possuíam real formação universitária e sempre próximos do Rei. O papel destes médicos era o de transmitir o conhecimento vivenciado no campo da Medicina e das Ciências Naturais na forma de livros, reproduzindo assim o ideal da medicina galênica que se baseava no que “o Mestre disse ...(*magister dixit*)”. Em seguida, vale a pena transcrever um pequeno trecho das exigências com relação às obrigações dos médicos para com o Rei naquela época:

“Desejando que nossos vassallos gozem larga vida e se conservem em perfeita saúde, temos a Nosso cuidado provê-los de médicos e mestres que os rejam, ensinem e curem suas enfermidades; e para este fim se fundaram as Cátedras de Medicina e Filosofia nas Universidades Principais das Índias, como aparece pelas leis do seu título. E reconhecendo quanto de benefício será para este e aqueles reinos a notícia, comunicação e comércio de algumas plantas, ervas sementes e outras coisas medicinais que possam vir a conduzir à cura e saúde dos corpos humanos, temos resolvido enviar, algumas vezes, um ou muitos protomédicos gerais às províncias das Índias e suas ilhas adjacentes, os quais tenham o primeiro grau e superintendência sobre os demais, e usem e exerçam o quanto por direito deste e daqueles reinos lhes é permitido...” Era obrigação dos médicos, ao chegarem na terra, logo entrar em contacto com todos que soubessem das ervas, árvores, plantas e sementes que curavam e das condições de cultivo. Também era permitido aos médicos fazer experimentos com provas de tudo o possível e aquelas que fossem bem sucedidas deveriam ser encaminhadas para o Rei. Porém como ocorre



em toda lei a obrigação de escrever não foi sempre cumprida, pelo menos no Brasil e, na verdade, o protomedicato só vai aparecer no Brasil das Capitanias Hereditárias (Eustaquio Duarte, op. cit. p43).

Vale a pena comentar um pouco sobre determinadas atribuições e significados que eram dados a certas doenças como a Opilação por exemplo; segundo Duarte esta doença vem descrita muito frequentemente pelos primeiros cronistas brasileiros com um significado diferente do que hoje entendemos. Opilação tem hoje o significado de *amarelão* e está associada com verminose. Para a Medicina Colonial opilado era o indivíduo que estava obstruído (*opilatio*) que no conceito da teoria dos humores quer dizer “víscera embebida de humores pecantes ou doentios”. A tese era a de que os humores ficavam empapados na víscera, que geralmente era o fígado e assim havia uma obstrução aos humores; o curioso é que os médicos relacionavam o endurecimento hepático, como visto nas cirroses, como sendo conseqüência da opilação e mais interessante é a explicação fisiopatológica do processo: com a opilação o fígado ia ficando fraco e perdia o seu calor natural e como sua função básica era a de fabricar o sangue este esfriava e só era produzido uma espécie de líquido descorado e incapaz de aquecer e nutrir o organismo. Assim o paciente com o fígado grande, esfriado e sem produzir o sangue ficava com o “ventre opado”, tez pálida ou amarelada, Mais tarde viu-se que este quadro clínico correspondia ao do impaludismo crônico, (Eustaquio Duarte, op.cit p51).

Os limites de espaço na realização desta monografia não comportam uma abordagem sobre outras doenças, citadas e comentadas nos moldes tradicionais da medicina galênica, como a febre amarela, que no início foi confundida com várias outros processos patológicos, a malária, e a peste, tratadas seguindo o modelo explicativo das doenças da Teoria dos Humores. O livro texto mais importante que as descreve foi o *Tratado Único da Constituição Pestilencial*, publicado em agosto de 1693, com as licenças do Santo Ofício, por Ferreira da Rosa. Entretanto, gostaria de encerrar esta abordagem histórica com alguns comentários sobre uma estranha doença que acometia os brasileiros na época colonial que foi chamada de *O Achaque do Bicho* e que foi com detalhes descrita no

terceiro livro sobre a história da medicina colonial brasileira, de autoria de Miguel Dias Pimenta, *Notícias do que é o Achaque do Bicho*, que veio a lume no ano de 1707.

### **NOTÍCIAS DO QUE É O ACHAQUE DO BICHO**

Nesta obra, Pimenta, que além de médico prático era também familiar do Santo Ofício, diferentemente de Morão e Rosa, não tinha formação acadêmica, segundo comenta Osório de Andrade (op. cit. p375); seu trabalho foi publicado em Lisboa quando ainda não havia completado 50 anos. Na época, para ser familiar do Santo Ofício, bastava possuir bom conceito e dinheiro e saber ler e escrever e passar na Habilitação do Santo Ofício, que incluía um conjunto de diligências, dentre as quais constava que o pretendente não devia ser Mouro, Judeu ou Cristão-Novo, tivesse bons costumes e fosse abastado. (Osório de Andrade, op. cit. p375).

A doença do Bicho; o primeiro paciente a apresentar esta doença foi o juiz de Recife, no ano de 1701, visto por Miguel Pimenta, que assim a ela se referiu: “lastimosa morte com que faleceu, causada deste achaque o trazer do mar à terra já corrompido com o reto gangrenado e já sem cura, por falta de assistência adequada durante a travessia da frota ultramarina”. (Osório de Andrade, op. cit. 379). Em seus comentários Osório afirma que o tratamento da doença não era difícil quando feito a tempo; mas é importante “pela nobreza da parte a que assalta, donde causa maior dano”...

A doença se caracterizava por uma disenteria que acometia a região ano-retal com gangrena e contaminação secundária por miíase.

Pimenta, ao fazer a sua descrição sobre a doença, humildemente não escreve um Tratado como o fizeram Rosa e Morão, mas apenas como *Notícias* de sua experiência com aquela doença. (Osório Andrade, op. cit. 379).

Na condição de empírico, sem a formação acadêmica, Pimenta assinala na doença um fenômeno que tem movimentos irregulares de humores, mas não sugere a sangria nem a purga como sendo mais importantes, inclusive sugere cautela por serem estes tratamentos às vezes sem efeito (Osório de Andrade, *ibidem*, idem p.379). Apesar de médi-

co empírico, não desconhece a importância da Teoria explicativa dos Humores e em um dos capítulos das suas 175 páginas diz “Em que se declaram as mudanças, que se acham no achaque do Bicho, quando não segue sua direção por lhe faltar a atividade malignante do calor.” Isto quer dizer, que tanto para o médico da academia, quanto para os não acadêmicos, a teoria explicativa das doenças era a mesma, e em termos de ensino do processo e da fisiopatologia, não havia diferenças teóricas. Todos aprendiam e ensinavam com base na mesma cartilha que era a de Galeno. É de interesse da patologia histórica relacionar alguns sinônimos dessa doença como: corrução do sesso, doença do bicho, corrompimento do sesso e *mal dei culo* ou maculo.

Por não possuir formação acadêmica, Pimenta, na verdade, faz uma tipologia, ou melhor, uma tentativa de classificação da doença, a partir de sintomas e sinais, porém fatalmente arremata com a explicação científica de que, da desunião dos humores, o achaque pode ser mais ou menos ativo e sugere uma etiologia luética ou o contágio gálico como estando na base do processo patológico, o que parece ser, segundo comenta Osório de Andrade, fruto da observação experimental do autor e não uma evidência teórica.

## O TRATAMENTO

Por ser médico empírico e não acadêmico, Pimenta não é adepto da sangria, propondo um tratamento à base de defumação com fumaça de tabaco, alecrim e todo tipo de erva resolvente com dessecação, operação para ele muito delicada. O tratamento implicava no uso de um canudo fino que seria inserido via anal (de dois ou três palmos) que deveria ser colocado lentamente (Osório de Andrade, op. cit op 387). “Um assistente usará um cachimbo e com as bochechas cheias de fumaça soprará para dentro do canudo, para dentro do sesso, com força, por cinco ou seis vezes” e pelo mesmo canudo aplicar-se-á água medicinal quando necessário.

Pelo canudo idealizado por Pimenta muitas outras substâncias eram colocadas sesso a dentro, como por exemplo bola de fios, balas de açúcar com limão e lima, aspiração de pólvora (fumo).

## **A GUISA DE UMA CONCLUSÃO**

A força explicativa da teoria humoral ficou demonstrada nos três textos pesquisados. Este modelo foi hegemônico até o surgimento da Anatomia Patológica, que através do exercício de confrontação clínico-patológica, permitiu um melhor estudo do aparecimento das doenças, e uma correlação científica, o que representou a possibilidade do nascimento da clínica. Houve portanto, um avanço na explicação das doenças e o estudo de autópsias passou a ser o modelo de ensino-aprendizagem da medicina em toda a parte do mundo, permitindo ao médico a elaboração do raciocínio clínico e fazendo valer a frase de Rokitansky de que os mortos ensinam aos vivos (*mortui vivo docent*).

*O autor não apresentou bibliografia.*



# COSMOVISÃO E REFORMA CURRICULAR

---

LEONARDO AUGUSTO NEGREIROS PARENTE CAPELA SAMPAIO  
Estudante de Medicina



## **PROÊMIO**

Através desse escrito pretendo demonstrar que a mudança de currículo do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará, acontecida em 2000-2001, não foi satisfatória para perfazer os objetivos traçados na sua síntese. Explico como se deu a construção do viés médico a partir da Idade Média e como a cristalização desse modo de ver impede avanços na área de saúde e prejudica o paciente. Ao fim, ofereço soluções para o problema e comento como deveria ser o novo currículo.

## **A MUDANÇA DO PARADIGMA**

### *A HISTÓRIA*

Após o declínio do Império Romano pela invasão dos povos bárbaros, a Europa Ocidental passou por diversas mudanças, em uma decadência cultural cada vez mais intensa. Passada a temporária mescla de culturas bárbaras e romana, o Império acabou por cair por terra. Dominado por Francos, Ostrogodos, Anglo-Saxões e diversas outras civilizações, o continente europeu passou por quatro séculos sombrios. A partir aproximadamente do ano 800, com o renascimento carolíngio, os povos que habitavam a região estabeleceram-se com mais firmeza em terras definidas. Esse fato propiciou “uma alegre e fecunda primavera para a



crisandade”<sup>a</sup> no século XII, tornando a Igreja um poder colossal, com licença para ter um exército, ditar regras sociais e até matar. Pela primeira vez na história da humanidade, uma instituição com tais proporções se valeu de um artifício endopsíquico de dominação de massas.

Deus, plebeus e reis se curvaram sob a influente e poderosa cruz do Papa. Além das funções habituais de queimar bruxas e salvar almas de reis, via doação de riquezas ou terras para a Santa Madre Igreja, também cabia a ela ditar a forma como as pessoas deveriam se comportar e mesmo pensar. Durante a Idade Média, grande parte das produções humanas da Europa ocidental estavam vinculadas à Religião. Sob o umbral da divindade, estavam, inclusive, Arte, Ciência e Filosofia. O estágio teológico monoteísta<sup>b</sup> imprimia em toda a sociedade um modo de ver o universo bem característico, a cosmovisão teísta.

As ciências, como as conhecemos hoje, ainda estavam por ser “inventadas”. O termo *episteme* era usado no sentido grego, seguindo a tradição de Sócrates, Platão e Aristóteles. Estabelecia-se a Filosofia em oposição à *doxa*, à opinião. Afastando-se das paixões e das opiniões vulgares, deveria o Filósofo, ou amigo da sabedoria, o cientista dos dias de hoje, se aproximar do conhecimento necessário e universal a nascer do método dialético maiêutico<sup>1</sup>.

A partir do séc. XIV, a sociedade europeia começou a ensaiar uma jornada em busca da razão. As explicações cosmológicas oferecidas pela teologia cristã já eram símbolos por demais abstratos e as previsões sobre os fenômenos do mundo material não eram precisas como se necessitava.

A dissolução da síntese da escolástica, já precedida pelo câmbio do platonismo de Santo Agostinho, pelo aristotelismo de São Tomás de Aquino, foi marcada pelo ataque voraz à integração das verdades da razão com as verdades da fé, o choque final entre a palavra divina e a pagã. A partir daí, a morte de Deus, anunciada pelo louco da história

---

1: Método socrático que preconizava, ao invés do ensino direto, o despertar da curiosidade do pupilo e seu conhecimento inato e reminiscente sobre o assunto. A maiêutica inspirou o Aprendizado Baseado em Problemas (ABP), usado vastamente pelo Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

de Zaratustra, tornou-se inevitável. *Os Philosophiae Naturalis Principia Mathematica*, de Isaac Newton, explicava o mundo de forma necessária e universal, o *Sobre a revolução dos orbes celestes*, de Nicolau Copérnico, tirava a Terra do centro do universo e vários outros pensadores investiam de forma cada vez mais incisiva contra a preeminência da Igreja.

O Renascimento humanista, visto nas artes plásticas como uma retomada ao clássico greco-romano, onde o homem é o centro da obra; a descoberta das Américas; o surgimento das cidades, dos burgos e da classe burguesa, permitida pelo ressurgimento do comércio e da atividade industrial; a centralização do poder nas mãos da figura do rei; a reforma protestante e, no plano do pensamento, a revolução científica e a redescoberta do ceticismo, causada pela falta de critérios para se decidir o que era a verdade, se o velho ou o novo; isso tudo, culminou no *Siècle des Lumières*, e destituiu de uma vez por todas o Clero de seu lugar privilegiado como municionador de esclarecimentos sobre o *cosmos*.

## A SÍNTESE DO MÉTODO CIENTÍFICO

As duas primeiras correntes epistemológicas a emergir desse bojo foram o racionalismo e o empirismo. Vários nomes foram muito expressivos nesses dois gêneros filosóficos, em especial o francês René Descartes e o inglês Sir Isaac Newton, constituindo o que Fritjof Capra chamou de paradigma newtoniano-cartesiano.<sup>d</sup>

Para os racionalistas, o modo de conhecer o mundo material deveria ser o modo dedutivo. Caberia à razão, através de uma intuição, perceber de modo imediato uma premissa verdadeira, axiomática. O argumento cartesiano do *Cogito* exemplifica magistralmente a chegada a um conhecimento de forma “fácil e certa”<sup>e</sup>. A partir das premissas gerais, poderíamos deduzir outras verdades, estando seguros, caso seguissemos o método adequadamente, de que esse conhecimento seria válido, pois havia vindo de um ponto cognitivo seguro.

A tradição pós-cartesiana de Pascal, Spinoza, Leibniz e tantos outros autores continuou o legado de René Descartes, mas nenhum foi tão voltado à epistemologia quanto o mestre<sup>f</sup>. O método cartesiano consiste em quatro princípios:

1. “Nunca aceitar como verdadeira nenhuma coisa que eu não conhecesse evidentemente como tal”
2. “Dividir cada uma das dificuldades que devesse examinar em tantas partes quanto possível e necessário para resolvê-las”
3. “Conduzir por ordem os meus pensamentos, iniciando pelos objetos mais simples (...) para chegar (...) ao conhecimento dos mais compostos”
4. “Fazer, para cada caso, enumerações tão complexas e revisões tão gerais, que eu tivesse a certeza de não ter omitido nada”<sup>g</sup>

Enquanto a França produziu um dos maiores autores do inatismo, que buscou numa razão inata o fundamento para o conhecimento, a Inglaterra concentrava, sob a influência de Isaac Newton, grandes nomes do empirismo. Nos *Principia* de Newton, o autor expõe seus conhecimentos em física e matemática e, juntamente com Descartes, funda as bases da visão mecanicista da realidade.

Newton, no início, não se preocupou com epistemologia, apresentando seus resultados e a teoria derivada deles de forma direta em seus escritos. Alvo de várias críticas, por não ter explicitado os pressupostos de seu trabalho, ele acrescentou, na segunda edição dos *Principia*, uma terceira “regula philosophandi”<sup>2</sup> e, na terceira edição, uma quarta. Antes disso, suas regras estavam dispersas entre as “hipóteses físicas do Sistema do Mundo”, sua cosmovisão.

As regras de Newton eram as seguintes:

1. Não devemos admitir mais causas de coisas naturais do que aquelas que são verdadeiras e suficientes para explicar suas aparências.
2. Assim, para os mesmos efeitos naturais, nós devemos, o máximo possível, atribuir as mesmas causas.
3. As qualidades dos corpos, que não admitem nem intensificação nem remissão de graus, e que pertencem a todos os corpos ao alcance dos nossos experimentos, devem ser consideradas qualidades universais de todos os corpos.

---

2: Regra filosófica

4. Em filosofia experimental, nós devemos considerar as proposições inferidas por indução geral dos fenômenos tão acuradas ou muito próximas da verdade, não desconsiderando qualquer hipótese contrária que possa ser imaginada, até que outros fenômenos ocorram e se possa constatá-las como mais acuradas ou portadores de exceções.<sup>h</sup>

O método de Newton e suas três leis (inércia, força e ação-reação) foram importantíssimos para a construção do modo moderno de pensar. A cosmovisão Iluminista do universo como um grande espaço euclidiano (tridimensional), repleto de minúsculas partículas se chocando segundo leis bem estabelecidas permaneceu sem grandes opositores<sup>3</sup> por muito tempo e ainda persiste na mentalidade de muitas pessoas.

## O SÉCULO XX

A ruptura epistemológica<sup>i</sup> aconteceu, depois de vários séculos, por diversas frentes até a ainda incompleta mudança de paradigma<sup>j</sup>. Uma delas foi por parte do pai da Psicanálise, Sigmund Freud. Além de criar uma quimera de método de pesquisa do inconsciente, corpo teórico e técnica terapêutica, o austríaco instituiu uma fenda filosófica que dividiu a história do pensamento humano. Colocando o inconsciente como *topos* psíquico, ele removeu da consciência a função de provedora das verdades sobre o mundo, mostrando que há outras formas de olhar o ser humano e a *physis* que não pelo viés estrito da consciência. Garcia-Roza cita Lacan a respeito do erro monista de Descartes:

*“Penso onde não sou, portanto sou onde não me penso. O que essa fórmula denuncia é a pretensa transparência do discurso perseguida pelo cartesianismo e a suposta unidade do sujeito sobre a qual ela se apóia”*.<sup>k</sup>

A maior contribuição de Freud para a epistemologia não está pro-

---

3: William Blake uma vez disse: “Deus nos salve do sonho determinista de Newton”. O movimento contra as idéias mecanicistas e deterministas do paradigma newtoniano-cartesiano, entretanto, não ganhou força até o século passado.

priamente na sua obra, mas nas conseqüências que ela trouxe. Com a consciência destronada, semeou-se um fértil terreno para a mudança de paradigma.

A frase de Ernst Mach, “das Ich ist unrettbar”<sup>41</sup>, sintetiza bem a situação da Filosofia em meados do século XX. O centro cartesiano do universo do conhecimento, o Eu, crucificado das mais variadas formas, ata-se em um solipsismo insolúvel. Para conceber um novo modo de fazer Filosofia e, portanto, Ciência, o recurso utilizado pelos teóricos foi a linguagem.

A união do Positivismo ainda forte com o foco lingüístico deu origem ao Positivismo Lógico do Círculo de Viena, escola que dizia que a tarefa da Filosofia era, antes de qualquer coisa, analisar os enunciados do sujeito em relação à sua sintaxe lógica para poder limpá-los de conotações e tornar o conhecimento possível. A Hermenêutica de Schleiermacher, posteriormente desenvolvida por Gadamer; a Antropologia Lingüística; o Estruturalismo Lingüístico em *Le Cours de Linguistique General*, de Ferdinand de Saussure e a posterior Antropologia Estrutural de Lévi-Strauss, influenciando Althusser, Lacan, Foucault e Barthes; a Teoria Lingüística de Noam Chomsky<sup>m</sup> e tantos outros avanços em Filosofia e Ciência, teoria e prática, delinearum um novo rosto no conhecimento humano, que passou, assim, da Era Moderna à Era Contemporânea.

Outra corrente importante do século XX foi a Fenomenologia. Em oposição ao Positivismo, que só aceitava os fatos que pudessem ser objetivamente aferidos, pesados ou medidos de alguma forma, e influenciado pela “ciência da experiência da consciência” hegeliana, Husserl desenvolveu um método de vislumbrar os fatos da experiência humana que não podiam ser quantificados, como emotividade, senso de justiça e engajamento social.

O estudo da percepção e de como ela influenciava no conhecimento ampliou os horizontes de empiristas, que acreditavam ser as percepções fruto de um amontoado de sensações desconexas e base para o conhecimento, e racionalistas, que consideravam o conhecimento sensível errôneo e até lesivo, devendo o cientista sobrepujá-lo pelo uso do intelecto.

---

4: “Não há salvação para o sujeito”.

Para a Fenomenologia e a Psicologia da Forma<sup>5</sup>, nossa apreensão dos fatos sensíveis se daria de modo total, através de formas completas, as *Gestalten*.

Posteriormente, Maurice Merleau-Ponty discorreu, em sua obra<sup>n</sup>, sobre a relação de Fenomenologia com o corpo e introduziu uma nova visão no campo da Filosofia. Alfred Schutz e Max Scheler foram discípulos de Husserl e tentaram olhar a Fenomenologia por um viés ético e social, que só seria completo pelo Existencialismo de Jean-Paul Sartre.<sup>6</sup>

Todas essas modificações estão dentro da mudança do paradigma mecanicista, que concebe o universo como um grande relógio seguindo leis deterministas, para o paradigma holístico, que considera as inter-relações entre as partes e o todo e entre elas mesmas, caracterizando-as e compreendendo como elas influem nos processos do sistema geral. Graças a esse novo viés, os aparelhos do corpo humano (circulatório, digestório, endócrino, nervoso, etc.) se transformaram em sistemas (sistema nervoso, sistema locomotor, sistema endócrino, etc.). Enquanto Freud caracteriza o nosso psiquismo como “aparelho psíquico”<sup>p</sup>, Jung, posteriormente o vai chamar de sistema psíquico, ou psique.<sup>q</sup>

Capra juntou, em *O Ponto de Mutação*, diversos exemplos de áreas que estavam e ainda estão sendo afetadas pelas mudanças derivadas do câmbio paradigmático. Sua contribuição para a história do conhecimento está, além da reunião desses diversos exemplos, na qualificação minuciosa do novo paradigma, que perpassa toda sua obra e, talvez, esteja mais bem explicitada em *A Teia da Vida*. A contribuição filosófica do austríaco foi demonstrar como, na sua opinião, o modo de olhar científico pode ultrapassar as barreiras de seu campo de saber e contaminar áreas completamente diferentes.

## **COSMOVISÃO, MEDICINA E ENSINO MÉDICO**

Ao passo que muda a visão de mundo de uma sociedade, muda a maneira como ela elabora seu governo, constrói seu modo de produção<sup>r</sup> e elabora todas as suas outras instituições sociais. Espelhando-se na

---

5: Gestalt.

6: “Só há realidade na ação” (Jean-Paul Sartre).

mutação geral, ocorre uma mutação específica, modificando a forma de agir e pensar dos seus cidadãos, bem como as produções humanas, como Arte, Religião, Filosofia e Ciência.

A Medicina da Idade Média limitava-se a práticas assistencialistas nos mosteiros e aos cirurgiões-barbeiros e físicos, que, fixos em alguma cidade ou vagantes, prestavam seus serviços. A maioria da população assistida com alguma qualidade pertencia à realeza ou às suas cortes e aos eclesiásticos. O intercâmbio de saber entre esses práticos se restringia a eventuais pernoites dos errantes nos mosteiros e conversas informais entre amigos.

Durante o século X, com a fundação da *Civitas Hippocratica* de Salerno<sup>7</sup>, a primeira “Universidade” a existir, o ensino médico assumiu feições mais estáveis, fazendo com que os físicos dessa instituição fossem procurados, inclusive, pela corte francesa. A Ciência médica e sua prática, entretanto, ainda eram vinculadas à Filosofia e à Religião, assim como as outras áreas do conhecimento humano. Os quatro humores do corpo refletiam os quatro elementos de que seria formado o universo e, como o ideal de perfeição da natureza, exemplificado pela filosofia do célebre pensador medieval Al-Farabi<sup>8</sup>, estava no equilíbrio, assim também corpo e alma dever-se-iam moldar. O ensino se estruturou e o diálogo se apurou, mas tudo isso não passou de um mero ensaio.<sup>5</sup>

Com o advento de época Barroca (séculos XVII e XVIII) e o câmbio de foco do céu divino para a terra profana, o modo de pensar de leigos e cientistas voltou-se para o cientificismo. As explicações teológicas perdiam cada vez mais seu valor e as pessoas passavam a buscar explicar os fatos de seu cotidiano pelo padrão vigente, a Ciência. Esse modelo persiste até hoje e está sendo questionado por algumas linhas de pensamento que comentaremos mais adiante.

Brilharam, por mais de quatro séculos, os olhos dos cientistas, frente a um mar de conhecimento a ser tragado. Galileu Galilei, físico e astrônomo italiano, pai da ciência moderna, dizia que a natureza era um livro aberto pronto para ser lido e escrito em caracteres matemáticos.

---

7: *Comunidade de médicos que estudava, compendiava e ensinava a medicina.*

8: *“O caminho da felicidade passa necessariamente pela moderação”*

Mesmo produções humanas que nada ou muito pouco têm a ver com a ciência, foram contaminadas pela febre epistemocêntrica. Centenas de anos mais tarde, um pensador tentou compreender mesmo o suposto “mundo dos espíritos” por um viés cientificista. Allan Kardec, no *Livro dos Espíritos*, pergunta: “*Esse fluido [que é o intermédio entre espírito e matéria] seria o que designamos sob o nome de eletricidade?*”<sup>t</sup>.

Na Arte se pintaram máquinas à vapor, Charles Chaplin filmou *Tempos Modernos* e, hodiernamente, a cantora Pitty, sob a influência de Aldous Huxley, critica: “*Parafuso e fluido em lugar de articulação / Até achava que aqui batia um coração*”<sup>u</sup>. Em São Paulo, há vacas de cimento em um jardim e árvores em caixas de concreto por toda a cidade<sup>v</sup>. Hans Sedlmayr fala sobre essa predileção do inorgânico sobre o orgânico que surgiu com a era cientificista pós-Renascimento: “*In nessun'altra epoca si sognano i giardini di ferro e di bronzo ai quali allude Beaudelaire. Gli alberi di cemento dell'architetto Mallet-Stevens sono, è vero, certamente uno scherzo repellente, ma denotano senza dubbio un sintomo*”<sup>w</sup>.

Com a Medicina, agora tomando os contornos de Ciência como a conhecemos hoje, não poderia ser diferente. Iniciaram-se, assim, duas escolas de abordagem ao corpo. A Iatroquímica, fundada por Paracelsus e organizada por Johan Baptist van Helmont e a Iatromecânica, tendo Descartes como seu maior nome.<sup>x</sup>

Os iatromecânicos acreditavam que o corpo humano era uma máquina, que funcionaria do mesmo modo que um relógio. Também chamados de iatrofísicos<sup>y</sup>, entendiam o maquinário somático como um aparelho composto de diversas partes, a ser estudado da mesma maneira que se estuda o mundo físico, pois, estando o corpo dentro de um universo regido pelas leis da mecânica, também ele deveria se pautar por elas. Pelas palavras do próprio Descartes:

*“De modo algum parecerá isso estranho [aos que conhecem uma máquina] (...), com a quantidade enorme de ossos, músculos, ner-*

---

9: “*Em nenhuma outra época sonham-se os jardins de ferro e de bronze aludidos por Beaudelaire. As árvores de cimento do arquiteto Mallet-Stevens são, é verdade, certamente uma brincadeira repulsiva, mas denotam, sem dúvida, um sintoma.*”



*vos, artérias, veias (...), considerarem esse corpo como uma máquina que, tendo sido feita pelas mãos de Deus, é incomparavelmente bem mais ordenada e contém movimentos mais admiráveis do que qualquer das que possam ser inventadas pelos homens.*<sup>2z</sup>

Graças aos estudos da iatromecânica, puderam-se desenvolver, como sub-áreas da Medicina, as especialidades que dão ênfase ao lado físico do corpo humano e relacionam à doença as disfunções morfológicas, como Anatomia, Histologia, Embriologia, Anatomopatologia, etc.

Para a Iatroquímica, a tarefa do médico consistiria em reparar desarranjos químicos, já que o indivíduo seria um conjunto coordenado de processos dessa natureza. Paracelsus inaugurou esse viés, mas estava ainda ligado à Idade Média. Foi Helmont quem rompeu com a teoria dos humores e fundou as bases científicas dessa disciplina.<sup>aa</sup> Por causa do viés iatroquímico, aperfeiçoou-se a pesquisa de Fisiologia e áreas correlatas e foi possível a criação da Farmacologia.

Após a tese iatromecânica e a antítese iatroquímica, surgiu a síntese<sup>ab</sup> do vitalismo. O ser humano não seria uma máquina física ou química, mas uma união das duas, possuindo capacidade de automação<sup>10</sup> e um princípio vital, capaz de coordenar, organizar e impulsionar o organismo.

A Medicina cresceu muito por causa da visão mecanicista. Derrotada a sacralização do corpo (morada de Deus), tão cara aos clérigos, iniciou-se o estudo de cadáveres e intensa aquisição de conhecimentos sobre morfologia. O microscópio e a descoberta dos microorganismos, a radiografia e os posteriores métodos de imagem<sup>11ac</sup>, os psicofármacos e tantas outras descobertas apuraram mais e mais as técnicas de diagnóstico e a terapia. Por causa do olhar instituído por Newton e Descartes, a Ciência médica tornou-se respeitada e hoje goza de procedimentos cada vez mais refinados e menos invasivos e medicamentos mais eficazes e com menos efeitos colaterais.

---

10: Movimento, crescimento, procriação, envelhecimento, etc.

11: Os laureados do prêmio Nobel de Fisiologia e Medicina de 2003 foram Paul C. Lauterbur e Sir Peter Mansfield, "for their discoveries concerning magnetic resonance imaging" [pelas suas descobertas em ressonância magnética]

O método científico caiu como uma luva nas ciências já existentes e deu fundações para que se estabelecessem diversas outras. Os primeiros passos das ciências humanas se deram dessa forma. A sociologia de Auguste Comte foi por ele denominada de Física Social e a Psicologia começou pelos estudos de Wundt, procurando medir o psiquismo humano e encaixando-o em fórmulas fixas, necessárias e universais, constituindo essa ciência como natural.

A “naturalização” das humanidades foi conseqüência da influência do paradigma mecanicista sobre as ciências do espírito<sup>12</sup>. Relativamente frutífero no início, esse molde tornou-se pernicioso no seu desenvolvimento futuro. Sem perceber os avanços epistemológicos advindos da ênfase na linguagem e comunicação, da fenomenologia e de tantos outros nuances do paradigma holístico, houve uma temporária cristalização do saber nessas áreas.

## O PROGRESSO

Depois das investidas de muitos teóricos e a observação prática do definimento dos modelos vigentes, vários campos de saber puderam incorporar às suas cartilhas as idéias novas que haviam surgido.

Na Psicologia, a necessidade positivista de estudar somente o que pudesse ser medido objetivamente estruturou-se, após a Psicologia wundtiana, na escola comportamentalista. Observando o comportamento, sua construção e aprendizado e como suas conseqüências influenciavam na aquisição de novos comportamentos, esses pensadores aprenderam muito sobre esse lado do ser humano, mas negligenciaram outros aspectos, como o inconsciente, os sonhos, a simbolização e a capacidade humana de atribuir significado a fenômenos. Com a vinda das abordagens fenomenológico-existenciais e as psicologias do inconsciente<sup>13</sup>, foi possível integrar essas outras frações humanas à práxis psíquica e prestar melhor assistência ao paciente.

No campo da economia, os liberais iluministas defendiam que mercado se auto-regularia pela força da competição das empresas que o

---

12: Termo de Wilhelm Dilthey para designar as ciências humanas.

13: Psicanálise e Psicologia Analítica.

compõem, como se uma “mão invisível”<sup>14ad</sup> regesse seu funcionamento. Esse modo fragmentado de ver o mercado, não como uma rede de serviços e consumidores, mas como um mar descoordenado de interesses, transformou o modo de produção capitalista em um sistema sanguinário, onde só sobrevive o mais forte. Tal fato explica a série de privatizações no governo neo-liberal<sup>15</sup> de Fernando Henrique Cardoso e a falta de investimento na área social nesse mesmo período. O cume do modelo liberalista deu-se com a quebra da bolsa de Nova York em 1929. Respondendo a tais acontecimentos surge John Keynes, estudando “não a micronível, mas a macronível – as variáveis econômicas como renda nacional, consumo total e investimento total, o volume total de desemprego, etc.”<sup>ac</sup>. A partir daí, a relação da economia com a sociedade como um todo é o berço da gênese de uma nova forma de organizar as economias nacionais, criando conceitos como responsabilidade social das empresas e investimento preventivo em saúde e educação, para diminuir criminalidade, por exemplo.

A Física Clássica, gerada do punho do próprio Newton, considerava a realidade como um desconexo choque de partículas ínfimas. O modelo perdurou por séculos, mas começou a ser desacreditado quando deixou de prover as explicações necessárias à compreensão de fenômenos aos quais começou-se a se dar mais atenção, como a curvatura dos raios de luz, seu comportamento dúbio de onda e partícula, dependendo do experimento, a diferença do tempo medido por satélites e observadores na Terra, quando aqueles passavam muito tempo em órbita, etc. Criticando a teoria newtoniana, Albert Einstein lançou mão da teoria da relatividade restrita, depois da relatividade geral, expandindo os pressupostos e conseqüências da primeira para uma gama bem maior de acontecimentos. Niels Bohr aprofundou os estudos da Física Moderna, Heisenberg explicou outros fenômenos mais com seu princípio da incerteza e diversos outros teóricos aumentaram cada vez mais o corpo de teoria da nova Física. Os achados da Física Moderna, interessante-

---

14: Termo do filósofo Adam Smith.

15: O Neoliberalismo é uma roupagem nova, adaptada aos nossos tempos, do Liberalismo dos séculos passados.

mente, foram-se aproximando, à medida que progrediam, ao que há milênios diziam as tradições sapienciais e religiões do mundo todo. O próprio Capra, em um de seus livros,<sup>af</sup> expôs tais aproximações.

A Medicina, como já foi mencionado, lucrou muito com o paradigma de Newton e Descartes e também a sua mudança. Concebendo o ser humano como unidade biológica, dotada de uma psique e inserido em uma rede de interações sociais com outros sujeitos históricos, foi possível a criação da Epidemiologia e a instituição do novo corte epistêmico da Medicina do Trabalho, não só curando patologias do trabalho ou prevenindo-as, mas, também, promovendo saúde ao trabalhador, alertando-o em relação aos seus direitos, etc.

## **O PROBLEMA**

Algumas vezes, entretanto, por desconhecimento ou falta de reflexão das nossas práticas, acabamos não percebendo que o mundo à nossa volta está em constante mudança e nos enclausuramos em sistemas herméticos, onde os que articulam idéias novas são considerados hereges, pois se encontram em desacordo com a ordem vigente. Isso acontece de forma cruelmente mais peculiar se a ordem for a de uma mudança e houver falhas nela, pois, para os detentores do poder, contestar a mudança é ser contra ele. Não percebem que, apesar de a mudança ser boa, questionar seu desembocar não é necessariamente ser oposto a ela, mas tentar oferecer através, de um método dialético e dialógico, alternativas originais aos problemas de que todos os sistemas padecem.

A ruptura epistemológica conseguida por nossa humanidade no Renascimento foi importantíssima para a libertação das ciências da Religião e, posteriormente, da Filosofia. Entretanto, como um adulto que quer vestir suas roupas de quando criança, as ciências hodiernas continuam pautando sua práxis pelo ideal positivista, ignorando os recentes avanços científicos, como a Teoria dos Sistemas, aliada à Cibernética, a Física Quântica em reencontro com as tradições sapienciais; e filosóficos, como a Fenomenologia, o Existencialismo, o foco na linguagem e a Teoria da Comunicação.

Como as outras ciências, a Medicina configura-se dessa forma. Ape-

sar de, teoricamente, conceber o homem como ser biopsicossocial, o ensino médico é focalizado excessivamente no conhecimento biológico, alienando o estudante de uma visão global, que contemple os outros aspectos do ser humano. Com as reformas curriculares acontecendo em todo o mundo, inclusive no Brasil, o curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará tentou se reorganizar para prover à sociedade um profissional mais completo.

No entanto, apesar das mudanças no currículo, o ensino ainda é deficitário, sendo o estudante obrigado a caber em moldes naturais e levado a crer na aleivosia de que o conhecimento humano, epistemologicamente humano, não passa de um assunto secundário, quando não produto da mente fértil de seus catedráticos. As disciplinas que se propuseram a *humanizar* o ensino médico são, paradoxal e irracionalmente, ministradas por profissionais de ciências *naturais* e não *humanas*, como seria o mais lógico. A instrução de Filosofia, Sociologia, Antropologia, Psicologia e outras disciplinas humanas é supostamente feita por profissionais da saúde, como enfermeiros e médicos. Além de ser vista de forma breve e superficial, a discussão social e filosófica é substituída por uma vaga e esporádica discussão da relação médico-paciente em algumas palestras, uma rude tentativa de história da Medicina e um passeio inócuo pela Psicanálise exclusivamente freudiana, incompreensivelmente eleita em detrimento das outras abordagens psicológicas, como o Psicodrama moreniano, a Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers, a Psicologia Analítica de Jung e tantas outras formas de mirar a “Psicologia do Desenvolvimento Humano”<sup>16</sup> até mais importantes para a área médica do que a psicanalítica.

O perfil do médico como “comprometido com as transformações da sociedade” e “cooperativo”, capaz de trabalhar em equipe “inclusive interdisciplinar”<sup>17</sup>, e “no sistema *hierarquizado* da saúde e em equipe multiprofissional”<sup>18</sup> permanece um sonho a ser realizado por docentes, discentes e coordenadores.

---

16: Nome atribuído à disciplina Desenvolvimento Pessoal II.

17: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina, Série Acadêmica, Perfil do Médico, p. 25-26.

18: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina, Série Acadêmica, Campos de Atuação, p. 26, grifo nosso.

## REPERCUSSÕES

A conseqüência de tamanhas fendas na formação dos estudantes é formar profissionais que darão continuidade ao ensimesmamento do saber médico, dificultando sua progressão e transdisciplinaridade. Não é difícil ver palestrantes enfermeiros ou biólogos nas conferências médicas e mesmo nos módulos da graduação. Em Psiquiatria, pode-se encontrar, mesmo que raramente, palestras proferidas por Psicólogos ou Assistentes Sociais. Todas as outras áreas que têm relação com a saúde, direta (Nutrição, Fisioterapia, etc.) ou indiretamente (Ciência Política, Sociologia, Economia, etc.), permanecem marginalizadas.

O médico do Programa de Saúde da Família pode mesmo chegar à sua comunidade com disposição para compreender e mudar as condições sociais daquela população, mas sem os conhecimentos de congregação e levante da população que poderia ter aprendido no ensino de Política na faculdade; sem compreender os movimentos e transformações sociais, a ser ministrados por um instrutor de Sociologia; não compreendendo a estimulação psíquica individual e coletiva que aquela população tem para perseverar em comportamentos inapropriados, como jogar lixo nas suas ruas ou rivalizar grupos dentro da própria comunidade; somente com o conhecimento estritamente biológico do ser humano, o profissional médico encontra-se jogado em uma cultura que não é a sua e onde não entende nada do que está se passando, a não ser dentro de seu consultório e não vê a hora de regressar a sua cidade natal, depois de pouco mais de um ano de PSF, com o dinheiro que foi lá para ganhar.

A saúde do paciente fica prejudicada tanto no interior, com os médicos que vão e vêm sem estabelecer vínculo com a comunidade, quanto na capital, com médicos que se acham auto-suficientes em suas práticas e só encaminham o paciente, quando muito, para outros médicos. O desrespeito com o paciente é motivo para que muitos mudem sistematicamente de profissional, até que encontrem, quando têm sorte, alívio para seus males em alguma seita que o trata com individualidade e não somente passa remédios.

A falta de conhecimento do trabalho dos outros profissionais faz o

médico considerá-los secundários, quando não desnecessários ou mesmo perniciosos. O Ato Médico, em vez de ser uma discussão do papel do médico na sociedade, em diálogo com todas as classes interessadas, é uma rixa judicial, onde deverá vencer o que tiver maior influência e capacidade de fazer *lobby*. Quem perde com isso tudo é a “boa vizinhança” tão necessária ao cuidado com o outro e, principalmente, o já fragilizado paciente.

## PROPOSTA

Para que se possa conseguir a mudança que é tão cara à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, proponho:

1. Minuciosa revisão do conteúdo ministrado nas disciplinas Assistência Básica à Saúde (ABS) e Desenvolvimento Pessoal (DP).
2. Substituição coerente dos professores para que ministrem os conteúdos que dominem com mais propriedade.

O processo de discussão dos conteúdos a serem ministrados nos módulos citados deve envolver alunos, professores, coordenadores e outros interessados no assunto. Não pretendo aqui fechar a discussão, mas gostaria de dar algumas idéias de temas relevantes que não estão sendo contemplados.

É importante que um médico, para estar pronto para “propor implantação de alternativas que conduzam a uma sociedade mais sadia e justa”<sup>19</sup>, esteja consciente da forma como se estruturou a sociedade onde vai atuar e tenha capacidade de crítica sobre ela. Para adquirir essas habilidades, é indispensável o estudo de História, do período de transição da Idade Média à Idade Moderna, a Revolução Francesa e a Revolução Industrial e, no Brasil, a estruturação do Sistema Único de Saúde. Parte desse conteúdo está prevista no módulo Desenvolvimento Pessoal I: História da Medicina; Evolução da formação do raciocínio clínico na Medicina desde Hipócrates aos nossos dias, levando em consideração contribuições herdadas da filosofia, da ciência moderna e da ética médica; Temas de Bioética; Metodologia científica. As aulas se-

---

<sup>19</sup> Projeto Pedagógico do Curso de Medicina, Série Acadêmica, Perfil do Médico, p. 25.

riam ministradas, semanalmente, por dois médicos, sendo que diversas vezes somente um comparece e, às vezes, nenhum. As aulas em nada ou muito pouco têm a ver com o conteúdo a ser ministrado segundo o Projeto Pedagógico.

Em diversos municípios onde existe o PSE, é tarefa do médico coordenar o mapeamento da região onde ele irá atuar, juntamente com os outros profissionais da unidade. Levantar o perfil epidemiológico da população, analisar sua construção e propor ações para mudar aquela realidade é função, também, do médico, mas muitas vezes negligenciada, tanto por esse profissional quanto pelos outros da equipe. Geografia e Sociologia são ferramentas indispensáveis para construir um profissional que seja, além de clínico, um ator sócio-histórico de transformações sociais. A disciplina de Assistência Básica à Saúde II<sup>20</sup> é ministrada por uma enfermeira. Os alunos têm aulas teórico-práticas até o fim do semestre, quando lhes é requisitado o diagnóstico de saúde de um determinado município. A própria professora disponibiliza os dados sobre o município e fornece outras fontes para pesquisa. Os estudantes devem construir, mecanicamente, gráficos em relação ao município<sup>21</sup> e propor ações, tarefas que não foram ensinadas na disciplina e que não é necessário conhecimento médico para realizá-las. Ao final das apresentações, feitas aos gestores dos municípios em questão no final do semestre, lê-se as seguintes tautologias: “Como muitas casas são de taipa nessa cidade, deve-se investir em moradia pública”, “A campanha de vacinação precisa melhorar, já que poucas crianças são vacinadas”, etc.

Organizar a população, promover sua conscientização e levante para lutar contra as desventuras que a assaltam e fundar bases para a auto-gestão da comunidade são também serviços que deveriam ser realizadas pelo profissional de saúde. Noções de Ciência Política e análise de comunidades, Serviço Social e Direito são imprescindíveis para oferecer ao grupo social meios de desenvolvimento e sustentabilidade. Nada disso está previsto no currículo novo.

Compreender a conformação psicossocial do ser humano vai muito

---

20 Diagnóstico de Saúde da Comunidade.

21 Vacinação, destino do lixo, endemias, qualidade das moradias, etc.



além de estudar Freud, Erickson, Piaget, Pragmática da Comunicação, Ciclo da Vida Familiar, Aspectos psico-afetivos de uma vida saudável (Desenvolvimento Pessoal II), Relacionamentos com pessoas e grupos, perda e morte (Desenvolvimento Pessoal IV), e o conteúdo de Psiquiatria. Somente a Psicanálise (exclusivamente freudiana, ressalte-se) é contemplada dentre as cinco abordagens de Psicologia mais conhecidas<sup>22</sup>, sendo ela, sabidamente demorada em termos de estabelecimento de relação terapêutica e efetividade de resultados. É impossível compreender como o conhecimento das fases do desenvolvimento psicosssexual de Freud podem ser mais úteis a um médico do que a compreensão e utilização da empatia rogeriana<sup>23</sup>.

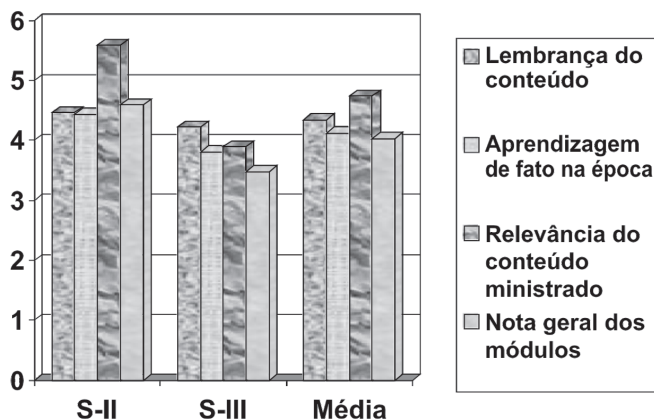
No início, as escolas médicas eram um lugar de entrosamento entre alunos e professores, onde se passava além de conhecimento técnico, um modo de olhar o paciente, de perceber sua enfermidade e conduzi-lo à cura. O conhecimento de Medicina era muito mais do que uma Arte, mais se aproximava de uma Religião, onde os egressos eram transformados, pelos anos que lá passavam, em sujeitos comprometidos, de corpo e alma, com a preservação e melhoria de qualidade da vida. O ensino de Filosofia geral deve trespassar todos os anos de faculdade e fazer com que o indivíduo compreenda o que ele se tornará, em termos de conhecimento e poder, para a sociedade, quando se graduar. A Filosofia específica, especializada, estudando a percepção, a linguagem, o pensamento, a Ciência (epistemologia) e ditando a metodologia científica, etc. deve ser encaixada no currículo de modo que o estudante tenha uma visão crítica de sua sociedade e de sua práxis. A bioética está prevista nos módulos de Desenvolvimento Pessoal I, V e VIII. A metodologia científica é vista em Desenvolvimento Pessoal I em pouquíssimo tempo e não ensina sequer a fazer uma citação em trabalho científico.

As críticas específicas feitas a alguns dos módulos contidas nesse trabalho têm como base meu conhecimento empírico, que consegui entrevistando estudantes da Faculdade de Medicina. Em pesquisa quantitativa realizada por mim, feita com 87 alunos, sendo 48 do terceiro

---

22 Psicanálise, Análise do Comportamento, Psicodrama, Abordagem Centrada na Pessoa e Gestalt-terapia.

semestre e 39 do segundo (ambos no semestre 2004.2), lhes foi requisitado atribuir notas inteiras de 1 a 10 aos módulos de ABS e DP<sup>23</sup> e os resultados foram os seguintes:



Percebe-se que a nota geral média dos módulos atribuída pelos estudantes foi de pouco mais de 4, indicando a insatisfação da comunidade acadêmica em relação às disciplinas. Antes de qualquer pesquisa, é fácil perceber isso, questionando verbalmente os alunos sobre sua opinião. O professor *Ariel Scafuri* costuma brincar, perguntando aos acadêmicos, caso estivessem no Coliseu romano, se ABS e DP estivessem para ser jogados aos leões, se eles salvariam as disciplinas. O polegar da grande maioria, plagiando os Imperadores de Roma, regularmente se põe para baixo. Insatisfação gera desmotivação e estudante desmotivado não aprende.

Enfim, vários são os temas a serem acrescentados e retirados ou revisitos no currículo novo; o que fiz aqui foi a mera citação de alguns. Como já mencionei, a discussão deve ser de todos, pois é para a sociedade que estamos formando médicos e é ela que devemos ter em mente quando sintetizamos nossa tríade ensino, pesquisa e extensão. Por nós os médicos são formados e para nós eles trabalharão, tendo sempre compromi-

23 Assistência Básica à Saúde e Desenvolvimento Pessoal.

so com nosso bem-estar, de nossos familiares e com a vida. Um médico mal formado denigre sua práxis e corrói seu meio. Um médico bem formado é um agente de transformações sociais e um promotor de saúde incomparavelmente potente e imprescindível em nossa sociedade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- a: Souto Maior A: História Geral. 15ª ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1975.
- b: Comte A: Curso de Filosofia Positiva. Coleção Os Pensadores, nº XXXIII. São Paulo: Abril Cultural, 1973.
- c: Vicentino C: História Geral. São Paulo: Scipione, 1997.
- d: Capra F: O Ponto de Mutação. 23ª ed. São Paulo: Cultrix, 2002.
- e Chauí M: Convite à Filosofia. 12ª ed. São Paulo: Ática, 1999.
- f: Marcondes D: Iniciação à História da Filosofia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.
- g: Descartes R: Discurso do Método, Regras para a Direção do Espírito. São Paulo: Martin Claret, 2002, p. 31-32.
- h: Martins R: Huygens' reaction to Newton's gravitational theory. In: Field JV & James FAJL (eds): *Renaissance and revolution: Humanists, scholars, craftsmen and natural philosophers in early modern Europe*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
- i: Bachelard G: Essai sur la Connaissance Approchée. Paris : Vrin, 1928.
- j: Kuhn T: A Estrutura das Revoluções Científicas. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1970.
- k: Garcia-Roza LA: Freud e o Inconsciente. 19ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002, p. 23.
- l: *Apud* Marcondes D: op.cit., p. 252.
- m: Marcondes D: op. cit., p. 253.
- n: Merleau-Ponty M: Fenomenologia da Percepção. Tradução de Reginaldo di Piero. Rio de Janeiro: Freitas Bastos S.A, 1971.
- o: Sartre, Vida e Pensamentos. Livro Clipping. São Paulo: Martin Claret, 1998.
- p: Freud S: A Interpretação dos Sonhos. In: Obras Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- q: Jung CG: A Natureza da Psique. 5ª ed. Obras Completas de CG Jung, v.

- VIII/2. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 318.
- r: Marx K: O Capital. Rio de Janeiro: Civilização, 1968.
- s: Lopes AC: Clínica Médica, Passado, Presente e Futuro. In: Hospital Universitário Alzira Velano, Clínica Médica, 2002. Atualizada em: 01 fev. 2002. Acesso em: 04 out. 2004. Disponível em: <[http://www.alziravelano.com.br/clinica\\_medica.htm](http://www.alziravelano.com.br/clinica_medica.htm)>.
- t: Kardec A: O Livro dos Espíritos. Pergunta 27. 142ª ed. Araras: Instituto de Difusão Espírita, 2002, p. 52.
- u: Pitty. Admirável Chip Novo. Compact Disk. Rio de Janeiro: Deckdisc, 2003.
- v: Monfort. Conceituação, causas e classificação das utopias. In: Monfort Associação Cultural, Cadernos Monfort, 1999. Atualizada em: 30 set. 2004. Acesso em: 04 out. 2004. Disponível em: <<http://www.montfort.org.br/cadernos/utopia3.html>>.
- w: Sedlmayr H: La perdita del centro. Milano: Busconi, 1974.
- x: Enciclopédia Medicina e Saúde. Volume Histórico. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1968.
- y: Instituto Latinoamericano de La Comunicación Educativa. La Medicina en la Edad Barroca (siglos XVII A XIX). In: La Ciencia para Todos. Acesso em: 05 out. 2004. Disponível em: <[http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154/htm/sec\\_14.htm](http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154/htm/sec_14.htm)>
- z: Descartes R: op.cit., p.56.
- aa: Bizkarra K: La Medicina del Barroco y la Medicina de la Ilustración. In: Artículos, Casa de Reposo Zuhaizpe. Acesso em: 05 out. 2004. Disponível em: <[http://www.zuhaizpe.com/articulos/historia\\_medicina4.htm](http://www.zuhaizpe.com/articulos/historia_medicina4.htm)>
- ab: Hegel GWF: Fenomenologia do Espírito. Petrópolis: Vozes, 1992.
- ac: Prêmio Nobel. In: Nobel Prize, 2004. Atualizada em: 05 out. 2004. Acesso em: 05 out. 2004. Disponível em: <<http://nobelprize.org/index.html>>
- ad: Smith A: A Riqueza das Nações. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- ae: Capra F: op. cit., p. 202.
- af: Capra F: O Tao da Física. São Paulo: Cultrix, 1983.
- ag: Rogers C: Tornar-se Pessoa. 7ª Edição. Lisboa: Moraes Editores.



# O IMPACTO PSICOLÓGICO DA INFERTILIDADE

---

GERALDO BEZERRA DA SILVA JÚNIOR  
Estudante de Medicina



*“Jamais se desespere em meio às mais sombrias aflições de sua vida, pois das nuvens mais negras cai água límpida e fecunda.”*

*(Provérbio chinês)*

## **RESUMO**

Neste trabalho avaliamos o impacto psicológico da infertilidade, com base na revisão de trabalhos científicos recentemente publicados. A infertilidade pode alterar vários aspectos da vida de uma pessoa, como a auto-estima, os sonhos para o futuro e as relações interpessoais. Um casal é considerado infértil se tiver relações sexuais sem contracepção pelo período de um ano, sem a ocorrência de gravidez. Aproximadamente 12% dos casais são inférteis. Atualmente, tornou-se mais freqüente a investigação dos fatores que impedem a concepção simultaneamente no homem e na mulher. O número de casais que procuram os serviços de reprodução assistida aumentou dramaticamente nos últimos 30 anos. Vários estudos, em várias partes do mundo, têm sido realizados com o objetivo de avaliar a condição psicológica dos pacientes inférteis, e muitos pesquisadores chegaram à conclusão de que a infertilidade não traz problemas tão sérios quanto o que se pensa. Entretanto, o apoio psicológico para estes pacientes é bastante importante. Muitos casais



acabam conseguindo realizar o sonho de ter seus filhos, devido aos inúmeros avanços que vêm ocorrendo no campo da Medicina Reprodutiva. É necessário ainda ressaltar a importância de um atendimento médico mais humanizado, e com um enfoque mais integrado à psicologia, aos pacientes que enfrentam um problema tão delicado como o da infertilidade.

## **INTRODUÇÃO**

A infertilidade é uma das áreas da prática médica na qual a biologia, a psicologia e a sexualidade humana encontram-se intimamente relacionadas<sup>6</sup>. Segundo a Organização Mundial da Saúde, aproximadamente 20% da população enfrentam problemas de fertilidade, o que representa de 100 a 150 milhões de pessoas<sup>4</sup>.

Muitos estudos, em diferentes partes do mundo, têm sido realizados com o objetivo de avaliar a condição psicológica dos indivíduos inférteis. Acredita-se que a capacidade de procriar é um direito inerente a qualquer ser vivo. Portanto, é de se esperar que estas pessoas experimentem sentimentos bastante negativos, uma vez que podem se sentir incompletas como seres humanos.

Nos últimos anos houve inúmeros avanços na área da Medicina Reprodutiva, com o advento de técnicas cada vez mais sofisticadas, possibilitando a concepção em até 65% dos casais inférteis tratados<sup>4</sup>. A infertilidade é um dos problemas de saúde em que a relação médico-paciente exerce um papel de fundamental importância. O tratamento de reprodução assistida em si, mesmo quando não leva ao êxito, é capaz de melhorar a condição psicológica dos pacientes, através do apoio dado pela equipe médica.

Neste trabalho, procuramos, através da revisão de artigos recentemente publicados, avaliar quão forte é o impacto psicológico da infertilidade e se existe realmente alguma alteração significativa no aspecto psicossocial da vida das pessoas que enfrentam problemas de fertilidade.

## **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

A infertilidade é um processo extremamente devastador, que pode

alterar vários aspectos da vida de uma pessoa, como a auto-estima, os sonhos para o futuro e as relações interpessoais<sup>13</sup>. As pessoas com dificuldade para conceber experimentam choque, descrença e uma sensação generalizada de desamparo, e desenvolvem uma compreensível preocupação com o problema<sup>9</sup>.

Um parceiro infértil pode temer abandono ou sentir que o cônjuge continua no relacionamento cheio de ressentimentos. Os parceiros podem sentir-se feios ou impotentes, e episódios de disfunção sexual e perda do desejo têm sido relatados<sup>3</sup>. As pessoas inférteis estão lidando com uma ferida narcisística em seus sentidos de feminilidade ou masculinidade<sup>3</sup>. Os solteiros que sabem do seu problema têm, geralmente, dificuldade de se relacionar com os outros, pois temem a exposição do seu “defeito” e uma possível rejeição. Indivíduos inférteis podem ter dificuldades de relacionamento até mesmo com seus próprios pais. A identificação e a igualdade da experiência de paternidade/maternidade partilhada com os pais devem ser substituídas por reservas internas e por outros aspectos produtivos de suas vidas<sup>9</sup>.

Um casal é considerado infértil se tiver relações sexuais sem contracepção pelo período de um ano, sem a ocorrência de gravidez<sup>3</sup>. Por outro lado, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia leva em consideração o período mínimo de 24 meses para esta definição<sup>1</sup>. Entretanto, se o casal tiver mais de 30 anos, é interessante uma consulta imediata<sup>3</sup>.

Até recentemente, o ônus pela incapacidade de conceber era atribuído somente à mulher, e sentimentos de culpa, depressão e inadequação freqüentemente acompanhavam sua percepção de ser estéril<sup>9</sup>. Os progressos no tratamento da esterilidade tanto feminina quanto masculina permitem mostrar que a responsabilidade da esterilidade pode ser repartida igualmente entre homens e mulheres<sup>3</sup>. Hoje se sabe que 40% dos casos de infertilidade em casais estão associados às patologias masculinas, atribuindo-se os outros 40% às mulheres e 20% a ambos<sup>4</sup>.

Tornou-se mais freqüente a investigação dos fatores que impedem a concepção simultaneamente no homem e na mulher. Entretanto, são elas que mais procuram cuidados médicos. Isso porque muitos homens

não se sentem à vontade para expor seu problema. Além disso, as mulheres apresentam, na maioria dos casos, um maior desejo de ter filhos<sup>5</sup>.

Uma avaliação psiquiátrica do casal é aconselhável. A desarmonia conjugal ou conflitos emocionais acerca da intimidade, relacionamento sexual ou papéis parentais podem afetar diretamente a função endócrina e processos fisiológicos tais como ereção, ejaculação e ovulação<sup>9, 14</sup>.

O estresse da própria infertilidade em um casal que deseja ter filhos pode levar a perturbações emocionais. Quando um conflito preexistente dá surgimento a problemas de identidade, auto-estima e culpa neurótica, a perturbação pode ser grave, manifestando-se por regressão, extrema dependência do médico, do companheiro ou dos pais, raiva generalizada, comportamento impulsivo ou depressão. O problema complica-se ainda mais se a terapia hormonal estiver sendo usada para o tratamento da infertilidade, porque isto pode, temporariamente, aumentar a depressão em alguns pacientes<sup>9</sup>.

Nenhum médico experimentado poderá negar que existem distúrbios psicológicos responsáveis pela esterilidade. As causas psicológicas e neurosexuais têm sido estudadas e muitos fenômenos passam despercebidos, pois, quando se tem como propósito esclarecer fatores desse tipo, não se deve limitar a exploração de apenas o conjunto dos problemas do sexo. Deve-se levar em conta toda e qualquer desarmonia física ou psíquica existente no casamento<sup>3</sup>.

Os tabus e as repressões sexuais provocam problemas, principalmente na mulher. A evolução da mulher nos últimos anos é um fator inegável, mas apesar de sua grande participação na sociedade atual, existem certas dificuldades que algumas não conseguiram superar. O medo, a ansiedade por aversão ao ato sexual ou rejeição ao parceiro podem ser confundidos com vaginismo, que é uma disfunção sexual caracterizada pela contração dolorosa dos músculos vaginais. Esta reação é involuntária, não se tendo domínio consciente sobre esta contração. Além da dor, a mulher fica amedrontada e frustrada; daí também decorrem os fracassos, receios e rejeições<sup>3</sup>.

Neste contexto não é de se negar que uma intensa sensação de culpa acompanhe o ato sexual. De uma maneira mais ampla, questionando o

papel da mulher na sociedade, as repressões da sexualidade recaem com muito mais força sobre ela, já que a “dignidade do lar” está basicamente em suas mãos. Porém, não se pode deixar de levar em consideração que no caso de não haver possibilidades reversíveis de tratar a esterilidade, a compreensão deve partir de ambos os parceiros, não entrando em jogo culpas e hostilidades<sup>3</sup>.

Aproximadamente 12% dos casais são inférteis, sendo o número de infertilidade masculina aproximadamente igual à feminina, pelo menos até a idade de 30 anos, após a qual a infertilidade aumenta progressivamente na mulher<sup>14</sup>. A maioria deles procura ajuda médica, e muitos, cujos problemas persistem, recebem tratamentos de reprodução assistida<sup>12</sup>. O número de casais que procuram os serviços de reprodução assistida aumentou dramaticamente nos últimos 30 anos. No início da década de 80, estimou-se que mais de um milhão de novas mulheres foram submetidas a tratamento de infertilidade<sup>1</sup>.

Vários médicos relatam que 20 a 50% dos casais que atualmente enfrentam a infertilidade podem ser ajudados<sup>9</sup>. A esterilidade pode ser diagnosticada e tratada no momento que se chegue à causa<sup>3</sup>. Tratamentos com drogas, inseminação artificial ou cirurgia corretiva obtêm sucesso em 85% dos casos. Quando o defeito básico não pode ser tratado, pode-se recorrer à técnica da fertilização *in vitro*, na qual a mulher recebe medicamentos para ter um aumento na produção de óvulos<sup>14</sup>.

O que carrega muitos casais a consultórios médicos é a finalidade única: ter filhos. Afinal, são eles as sementes deixadas para o futuro, e, por que não dizer, uma garantia para a velhice<sup>3</sup>. Sabe-se que a maternidade é essencial para a realização da mulher, mas, afinal, quem foi que disse que toda mulher precisa ser mãe? <sup>3</sup> Se maternidade fosse um destino biológico, as pessoas que nunca tiveram filhos estariam mortas<sup>3</sup>. Não existe nada de instintivo na obrigação de ter filhos. A natureza jamais dita uma escolha moral. A afirmação de que um filho é a ambição suprema de um casal, vale tanto quanto uma frase de efeito num anúncio publicitário. Alguns casais jamais deveriam procriar. Dificilmente se olha para o lado de exemplos e comparações quando a meta é procriar. As condições adequadas que favorecem a vinda de uma

criança ao mundo, o alcance do salário na educação e manutenção de um filho, parecem não entrar no jogo da decisão, passando facilmente para segundo plano<sup>3</sup>.

A maioria das pessoas espera chegar à idade adulta com a intenção de ter filhos. Muitos acreditam que ter um filho, uma família e um lar seja fundamental para viver bem, assumem que a fertilidade é um direito humano básico<sup>6</sup> e lembram que a procriação é a única forma de garantir a existência e continuidade de nossas vidas<sup>3</sup>.

Estima-se que a idade limite para a ocorrência da primeira gravidez esteja compreendida entre os 35 e até pouco mais de 40. A decisão de procriar em idades avançadas contribui para o aumento das taxas de infertilidade<sup>6</sup>, e além disso aumenta a incidência de Síndrome de Down, assim como a de várias outras anormalidades cromossômicas e o risco de aborto espontâneo<sup>14</sup>.

Com a modernização da sociedade, considerável parte das mulheres procura obter realização profissional e financeira antes de construir sua família, e isto tornou-se um grande problema no que diz respeito à fertilidade, até porque gravidezes em idades avançadas podem representar um risco à saúde da mulher<sup>11</sup>. Entretanto, alguns estudos desenvolvidos no Brasil contradizem essa afirmação. Algumas mulheres tiveram coragem de abandonar uma bela carreira para ficar em casa, dedicando-se aos filhos. Elas, muitas vezes, são olhadas com desdém por outras mulheres que não puderam ou não quiseram fazer esta opção<sup>11</sup>. Tem-se registrado um aumento da incidência de infertilidade conjugal nos últimos anos, o que é certamente devido às mudanças no estilo de vida da mulher moderna: vida sexual precoce, maior número de parceiros sexuais, aumento da prevalência de doenças sexualmente transmissíveis e maior participação profissional no mercado de trabalho<sup>1</sup>.

No atual contexto social, não é difícil entender o que leva as pessoas a desejarem ter filhos e, em particular, o porquê de a infertilidade ser considerada como uma alternativa indesejável e inaceita por muitos<sup>6</sup>. Na nossa cultura, construir uma família é ainda uma passagem essencial da vida do ser humano adulto. Casais sem filhos são tachados de frios, egoístas e “incompletos”. Até os dogmas religiosos estimulam a procria-

ção: “*Crescei e multiplicai-vos*” (Gênesis).

Biologicamente, a gravidez é saudável para o organismo, e, muitas vezes, as mães verdadeiras são consideradas apenas aquelas que geraram o indivíduo. Isso traz bastantes problemas para as mulheres que adotam filhos. Este fato reflete a sociedade “pró-natalista e geneticamente narcisista” em que vivemos<sup>6</sup>.

Em um estudo desenvolvido na Holanda, Bélgica e França, foi entrevistado um grupo considerável de mulheres - aproximadamente 50% de inférteis e 50 % que já haviam tido filhos. Em ambos os grupos, a “vida infértil” foi referida como uma experiência bastante severa<sup>12</sup>. Os resultados desse estudo quanto às relações interpessoais entre as pessoas inférteis mostram que, comparando-se com o grupo controle, essas pacientes consideram mais difícil discutir os seus problemas com os parceiros.

Vários estudos, no entanto, não confirmam que a infertilidade traga problemas psicológicos tão sérios. Segundo Dunkel-Schetter e Label<sup>7</sup> o impacto psicológico da infertilidade é menor do que o observado em outras doenças físicas. A infertilidade, teoricamente, só traria grandes problemas psicológicos àquelas pessoas que desejassem muito experimentar o gosto da paternidade/maternidade. Em estudo realizado na Universidade Federal do Ceará - Brasil, verificou-se que o nível de satisfação pessoal das mulheres inférteis atendidas em um ambulatório de infertilidade não era tão baixo quanto o que se esperava, fato atribuído pelos autores, ao tratamento de reprodução assistida, que seria um meio de fazer com que estas pacientes voltassem a acreditar no sonho de ter um filho, o que acabava realmente acontecendo com muitas delas<sup>10</sup>. No estudo realizado por Oddens et al<sup>12</sup>, “escores para felicidade”, presentes no questionário utilizado, eram menores entre as pessoas que não conseguiam engravidar, quando comparados aos escores obtidos entre pessoas férteis. Estes mesmos escores aumentavam quando as pacientes estavam sendo submetidas a programas de reprodução assistida, pois passavam a dividir seus problemas com o médico, e isso lhes trazia novas esperanças, contribuindo para o aumento da auto-estima. Foi relatado ainda que mulheres inférteis recebem um maior apoio social, sobretudo de seus parceiros<sup>8</sup>. Demonstrou-se também que as mulheres

inférteis que apresentavam depressão não melhoravam desta condição após o tratamento da infertilidade<sup>2</sup>, sendo a depressão influenciada por inúmeros outros aspectos da vida destas pessoas. Portanto, a infertilidade não é, por si mesma, um fator capaz de desencadear sentimentos tão negativos quanto o que se pensava, muito menos capaz de levar uma pessoa à depressão.

A Medicina Reprodutiva é uma das áreas da Medicina que mais evoluiu, tendo perspectivas que seguramente fogem da nossa imaginação<sup>4</sup>. A cada dia, aumenta o número de casais que procuram tratamentos médicos para poderem ter filhos. Vários anos após o nascimento de Louise Brown na Inglaterra, assistimos à disseminação das técnicas de fertilização *in vitro* por todas as partes do mundo, onde já se pode computar o nascimento de milhares de crianças. Estima-se que aproximadamente 65% dos casais inférteis conseguem ter filhos<sup>4</sup>.

Casais que permanecem inférteis precisam enfrentar uma perda verdadeira; aqueles que decidiram não perseguir a paternidade/maternidade podem desenvolver um renovado senso de amor, dedicação e identidade como casal. Outros podem necessitar de ajuda na exploração de opções de inseminação pelo marido ou por um doador, implantação laboratorial ou adoção<sup>9</sup>. Poucas situações na vida são tão difíceis e angustiantes. Os aspectos emocionais das pessoas inférteis são, na maioria das vezes, ignorados pelo médico, ficando esse grupo de indivíduos sem o apoio psicológico do qual necessitam<sup>13</sup>. A intervenção profissional é, pois, de extrema importância para ajudar os casais inférteis a ventilar seus sentimentos e atravessar o processo de luto pela perda das funções biológicas e dos filhos que não podem ter, ficando bastante clara a necessidade de um atendimento médico mais humanizado, e com um enfoque mais integrado à psicologia, aos pacientes que enfrentam um problema tão delicado como o da infertilidade.

## **CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS**

A infertilidade afeta o aspecto psicológico da vida das pessoas que enfrentam o problema, mas não de modo tão acentuado a ponto de

prejudicar a qualidade de vida das mesmas, a qual abrange inúmeros aspectos, que vão além do domínio psicológico. Pode-se afirmar que o fato de não ter filhos não impede o pleno desenvolvimento psico-afetivo e social de um indivíduo.

Está claro e demonstrado por diversos estudos, que o impacto psicológico da infertilidade existe, dependendo a intensidade deste impacto do contexto em que se encontra cada indivíduo. Os sonhos para o futuro, a auto-estima e as relações interpessoais dessas pessoas são bastante afetados. Muitas das pessoas inférteis sentem-se diminuídas, impotentes e sem grandes esperanças para o futuro.

Com o desenvolvimento da Medicina Reprodutiva, tem-se observado um aumento considerável das pessoas inférteis que conseguem conceber um filho. O tratamento de reprodução assistida é de fundamental importância para as pessoas inférteis que desejam ter filhos, sendo um instrumento capaz de aumentar a auto-estima destes pacientes. Portanto, o impacto psicológico da infertilidade não é tão grande quanto o que se imagina.

Alguns pacientes devem receber maior apoio psicológico, como aqueles em que o tratamento apresenta uma baixa probabilidade de sucesso ou aqueles que já foram submetidos a vários tratamentos e não obtiveram êxito. Também é importante o apoio aos pacientes durante o processo de fertilização, em que muitos enfrentam um estresse físico e mental, além de receberem uma certa pressão da sociedade, pois as pessoas que convivem com estes pacientes passam a “cobrar” o resultado do tratamento, aumentando ainda mais a ansiedade dos mesmos.

É necessário que todos os profissionais que trabalham na área tornem-se conscientes de que os pacientes inférteis podem desenvolver sérios problemas emocionais, sendo bastante importante o apoio psicológico dado pelo profissional de saúde. Atualmente, já existem centros, inclusive no Brasil, que dispõem de equipe multidisciplinar para o tratamento da infertilidade, com a participação de psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e outros.

Tendo em vista a importância do problema e a baixa frequência com que são realizados trabalhos científicos para avaliar o aspecto psicoló-



gico dos pacientes inférteis em nossa região, faz-se importante a investigação do assunto, através de instrumentos como pesquisa direta com os pacientes (entrevistas, questionários, avaliação por profissionais da área de psicologia ou psiquiatria) e extensa revisão bibliográfica. Alguns temas relevantes para futuros trabalhos seriam:

- ❑ Aspectos psicológicos dos pacientes com história de múltiplos tratamentos sem êxito.
- ❑ Importância do apoio psicológico aos pacientes antes, durante e depois do tratamento de reprodução assistida.
- ❑ Avaliação dos tipos de tratamento e nível de estresse a que se submetem os pacientes.
- ❑ Aceitação por parte dos pacientes dos filhos gerados a partir da implantação de óvulos fecundados (com material genético distinto daquele dos pais).
- ❑ Impacto do problema sobre a qualidade de vida dos pacientes (relações interpessoais, relações familiares, trabalho, religiosidade, auto-estima, perspectivas para o futuro).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bagnoli VR, Pereira PA, Fonseca AM: Infertilidade – Como diagnosticar e tratar, Rev Bras Med – Ginecol Obstet, v.57, n.8, ago 2000.
2. Bernstein J, Mattox JH, Kellner R: Psychological status of previously infertile couples after a successful pregnancy, J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, v.17, 6: 404-408, 1988.
3. Bolsanello A, Bolsanello MA: Conselhos – Análise do comportamento humano em psicologia, Curitiba, Editora Educacional Brasileira, 10ª edição, 1986.
4. Borges E: Medicina Reprodutiva, Rev Bras Med (Caderno GO), v.57, nov 2000.
5. Carryer J, Maclean S: Women's infertility: challenges for practice, Nurs Prax N Z, 13:23-22, Mar 1998.
6. Daniluk J: Helping patients cope with infertility, Clin Obstet Gynecol, 3:661- 672, Sept 1997.

7. Dunkel-Schetter C, Label M: Psychological reactions to infertility. In: Stanton, AL and Dunkel-Schetter, C(eds) Infertility:perspectives from stress and coping research. Plenum Press, New York, 1991.
8. Hirsch AM, Hirsch SM: The long-term psychosocial effects of infertility, J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, v.24, 6: 517-522, 1995.
9. Kaplan HL, Sadock BJ: Compêndio de Psiquiatria : Ciências Comportamentais – Psiquiatria Clínica, Porto Alegre, Artes Médicas, 6ªed., 1993.
10. Lima AXP, Silva AEB, Moraes ACM, Silva Junior GB, Campos EM: Nível de Satisfação Pessoal Entre Mulheres Inférteis. In: XXXI Encontro Científico dos Estudantes de Medicina, Londrina, PR. Resumos dos Trabalhos Científicos. Londrina: 2001, p. 12-13.
11. Mesquita W: A mulher do século XXI: as queixas, culpas e conquistas de quem vai à luta, Diálogo Médico, 3:50-53, Mai 2000.
12. Oddens BJ, Tonkelaar Nieuwenhuys H: Psychosocial experiences in women facing fertility problems-a comparative survey, Hum Reprod, 14:1, 255-61, Jan 1999.
13. Speroff Grh, Kase NG: Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 5<sup>th</sup> ed. Baltimore, MD: Wiliams & Wilkins, 1994.
14. Vander A, Sherman J, Luciano D: Human Physiology – The Mechanisms of Body Function, McGraw-Hill International, 7<sup>th</sup> ed, 1998.



# EDUCAÇÃO MÉDICA: MODELO DE SAÚDE X FORMAÇÃO PROFISSIONAL

---

**RITA EROTILDES MARANHÃO MARIANO**

Cirurgiã-dentista. Mestre em Saúde Pública pela UECE.  
Técnica em Avaliação Educacional da Escola de Saúde Pública do Ceará.

---

**MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA**

Médico. Doutor em Saúde Pública pela USP.  
Professor titular de Saúde Pública da UECE.



## 1. INTRODUÇÃO

A formação de profissionais médicos, no Brasil, está historicamente ligada ao modelo flexneriano importado dos Estados Unidos, no início do século XX, privilegiando as atividades individuais, de cunho hospitalar. Nas décadas que se seguiram, iniciativas desmarcadas puseram ênfase na atenção ao indivíduo e à sua família, isso de uma forma mais completa, favorecendo a prática da medicina integral. A implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, na década de 80, foi resultado de um grande movimento por reformas sociais, no país, em cujo bojo gestava a idéia de integrar universidade/serviços de saúde/comunidade, em benefício da população. Nesse contexto, permeado de discussões sobre a saúde brasileira e em que se enfatizava a crise do seu sistema educacional, a formação médica foi colocada como centro de debates, despontando a resistência médica como a alternativa qualificadora que as escolas de medicina até então não conseguiam ser. Corroborando com o dispositivo constitucional que atribuiu competência ao SUS para ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, no Ceará os maiores programas de residência médica encontram-se na rede pública estadual do sistema de saúde, envolvendo nada menos de seis hospitais e cobrindo, praticamente, todas as especialidades médicas. Está bem

claro que não só no Estado, mas em todo o país, os recursos humanos têm papel de relevância na transformação do quadro social, guardando esse fato íntima relação com a questão da saúde. Dentro desse aspecto, a formação do profissional médico, no seu sentido mais amplo, passa necessariamente pela residência médica, considerada a melhor fonte de aprendizagem, experiência e especialização e, como tal, a melhor via de inserção, no mercado de trabalho, de médicos talentosos e competentes.

## **2. TRAJETÓRIA DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL**

### **2.1 O MODELO DE SAÚDE NO BRASIL**

#### **E A FORMAÇÃO MÉDICA**

As primeiras escolas médicas no Brasil foram criadas ainda no século XIX, mais precisamente em 1808, uma na Bahia e outra no Rio de Janeiro. Depois de quase um século, em 1898, criou-se a terceira escola médica, localizada em Porto Alegre. Durante o período de criação dessas escolas, a educação médica brasileira era influenciada pelo modelo de ensino europeu (Nunes, 1985b).

No entanto, o modelo de saúde, no Brasil, sofreu a influência direta do Relatório Flexner, publicado em 1910, nos Estados Unidos. A preocupação com a formação dos médicos leva Abraham Flexner a avaliar as escolas médicas nos Estados Unidos e no Canadá (Nunes, 1985b; Marsiglia, 1995; Mendes, 1995; Mendes, 1996; Raggio & Giacomini, 1996; Machado *et al.*, 1997; Feuerwerker, 1998).

A conclusão desse trabalho resultou no fechamento de várias escolas de medicina norte-americanas; como reflexo, verificou-se a dedicação da quase totalidade da carga horária do currículo às disciplinas básicas e ao desenvolvimento das especialidades. Considerava também que a aprendizagem deveria ser exclusivamente hospitalar, sendo os ambulatórios inadequados para o ensino. Ao mesmo tempo, estimulava a docência, em tempo integral, e requeria a posse dos hospitais pelas escolas médicas, ficando os professores como chefes dos serviços desses hospitais (Marsiglia, 1995; Mendes, 1995; Mendes, 1996; Raggio & Giacomini, 1996; Machado *et al.*, 1997; Feuerwerker, 1998).

Vários autores descrevem o modelo flexneriano tendo objeto a do-

ença; devotado à tecnologia; com atendimento individualista, trabalho isolado e centrado no médico; voltado para o curativismo, desconsiderando a promoção e a prevenção (Mendes, 1995; Mendes, 1996; Raggio & Giacomini, 1996; Machado *et al.*, 1997; Feuerwerker, 1998).

A América Latina e o Brasil adotaram esse modelo, a partir das décadas de 40 e 50, justo no momento em que se criavam novas escolas de Medicina e eram reestruturadas as escolas vigentes (Nunes, 1985b; Laguna, 1992; Marsiglia, 1995).

A reestruturação do ensino médico, no Brasil, nessa época, sofreu, conseqüentemente, a influência da reforma do ensino americano, que exerce, ainda hoje, grande influência na formação do médico e dos demais profissionais de saúde na América Latina (Nunes, 1985b; Machado *et al.*, 1997):

Esse modelo, de cunho positivista, foi facilmente assimilado no Brasil, até porque havia um consenso de idéias, acerca da questão, sendo então estabelecidos os estudos dos sistemas e dos órgãos isolados do corpo, além do entendimento da doença, como um processo individual, natural e biológico (Machado *et al.*, 1997).

Foram criados, nesse contexto, os hospitais universitários. Tedesco (1995) *apud* Machado *et al.* (1997) afirma que a sua criação “deu uma contribuição de excelência para o desenvolvimento da medicina, tendo propiciado não só a iniciação, mas o próprio desenvolvimento das especialidades médicas”.

Dentro dessa lógica, assimilou-se o modelo de ensino-pesquisa preconizado pelos hospitais universitários, como também o ensino por especialidades, verificado nas diversas disciplinas ofertadas, tais como a pediatria, cardiologia, gineco-obstetrícia etc (Machado *et al.*, 1997).

A falência do modelo assistencial flexneriano e a conseqüente crise da saúde, têm seus reflexos no sistema educacional médico e demais áreas da saúde. Observa-se um distanciamento entre o ensino universitário e as necessidades dos serviços de saúde e da população usuária desses serviços, o que demanda a construção de novos modelos de formação e capacitação de recursos humanos em saúde (Machado *et al.*, 1997; Machado J. *et al.*, 1997).



A correlação entre a crise da saúde e a formação médica é amplamente discutida por Feuerwerker (1998), que considera este um momento de mudanças de paradigmas, propício para o desenvolvimento de modelos alternativos com amplas possibilidades de se tornarem realidade, tanto no que se refere à organização da atenção à saúde, como em relação à formação dos profissionais de saúde, notadamente os médicos.

## **2.2 EDUCAÇÃO MÉDICA E MEDICINA SOCIAL**

A preocupação com as condições de vida da população, aglomerada nos grandes centros, em busca dos empregos gerados pelo processo de industrialização crescente, faz surgir, por volta de 1800 a 1840, a Medicina Social, particularmente na Inglaterra. Inicia-se, então, um processo de reforma sanitária e reorganização dos serviços de saúde, a partir do relatório de Chadwick, em 1842, quando foi criada a lei de proteção aos pobres, considerada a primeira legislação de saúde pública (Marsiglia, 1995; Raggio & Giacomini, 1996).

Nos Estados Unidos, o relatório Flexner, de 1910, como já foi mencionado, enfatizava as atividades individuais de cunho hospitalar, e dispunha que o ensino da medicina social deveria ser visto em uma disciplina denominada de Higiene (Marsiglia, 1995; Raggio & Giacomini, 1996).

Em 1920, seguindo a mesma linha de ação já adotada na Inglaterra, Dawson recomenda, em seu relatório, a regionalização dos serviços, visando favorecer uma coordenação das ações preventivas e curativas locais e uma articulação da política de saúde com a lei dos pobres (Marsiglia, 1995).

Com relação ao ensino médico, Dawson propunha que as ações preventivas e curativas deveriam estar integradas no processo de formação dos futuros profissionais e enfatizava a atenção primária e as atividades coletivas de promoção e prevenção à saúde (Marsiglia, 1995).

O modelo americano, que posteriormente foi adotado no Brasil, perdurou inalterado por quase meio século, e somente a partir dos anos 60 é que foram sendo criados os Departamentos de Medicina Preventiva nas escolas de medicina norte-americanas (Marsiglia, 1995; Raggio & Giacomini, 1996).

No Brasil, apesar da forte influência flexneriana, já na década de 20 criou-se o Laboratório de Higiene, com o objetivo de ministrar cursos para os estudantes de Medicina e formar sanitaristas (Marsiglia, 1995).

Entre as décadas de 40 e 50, foram criadas duas instituições de ensino autônomo de saúde pública: a Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo, em 1945 e a Escola Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro, em 1950 (Campos & Girardi, 1984; Marsiglia, 1995; Machado *et al.*, 1997).

A partir dos resultados dos Seminários Internacionais sobre o Ensino da Medicina Preventiva e Social, de Viña del Mar, no Chile, em 1955, e Tehuacán, no México, em 1956, foram instituídos os primeiros Departamentos de Medicina Preventiva e Social na América Latina: um, na Faculdade de Medicina de Cali, na Colômbia, e outro, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, de Ribeirão Preto (Nunes, 1985a; Nunes, 1985b; Marsiglia, 1995).

Durante a realização daqueles dois seminários, foram discutidas propostas de ensino médico, bastante avançadas, dando ênfase à atenção integral ao indivíduo e sua família, à formação bio-psico-social, ou seja, à compreensão do indivíduo nos seus aspectos físicos, mentais e sociais, bem como à prática da medicina integral, incluindo prevenção, cura e reabilitação e ao conhecimento e participação na solução dos problemas de saúde da comunidade.

Considera-se que esses eventos delimitaram a pauta das matérias e conteúdos que seriam adotados a partir de então, como também favoreceram a adoção de atividades práticas, nas quais os estudantes seriam colocados em contato com a realidade (Nunes, 1985b).

Apesar de todas essas perspectivas, o seminário realizado posteriormente, em 1968, teve como principal objetivo analisar o ensino da medicina preventiva que então se desenvolvia, pois de acordo com as avaliações realizadas, a medicina preventiva despertava pouco interesse entre os estudantes, pelo que se buscava formas de incrementar essa prática. Já no Seminário de 1974, há uma constatação de que não houve mudança nas práticas médicas, como fazia supor a proposta de formar o profissional médico voltado para produzir essas mudanças; o que se conseguiu foi

apenas a incorporação de algumas atividades de medicina preventiva aos programas de atenção médica hospitalar (Nunes, 1985b).

No entanto, em 1978, a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, no Casaquistão, que resultou na Declaração de Alma-Ata, elegeu a Atenção Primária em Saúde como estratégia para alcançar a meta de “Saúde para Todos, no ano 2000”, teve grande influência nas novas políticas de saúde adotadas em todo o mundo; a partir de então foi conseguida a adesão das universidades, uma vez que reforçava a experiência dos Departamentos de Medicina Preventiva e as atividades dos hospitais de ensino (OMS, 1978; Marsiglia, 1995; Mendes, 1995; Mendes, 1996; Feuerwerker & Marsiglia, 1996; Machado *et al.*, 1997; Feuerwerker, 1998).

No Brasil, o final da década de 70 e o início dos anos 80 foram marcados por uma profunda crise fiscal no Estado, com fortes repercussões na Previdência Social, dando vez a um grande movimento por reformas sociais, que culminam na implantação do Sistema Único de Saúde - SUS (Marsiglia, 1995; Mendes, 1995; Mendes, 1996; Teixeira & Paim, 1996; Gallo *et al.*, 1996, Machado *et al.*, 1997; Feuerwerker, 1998).

Tratava-se de um período de intensa discussão acerca das questões relacionadas à saúde e à formação dos profissionais, de acordo com as necessidades dos serviços, em que era requerida uma maior integração entre os hospitais universitários e a rede de serviços, visando à garantia da continuidade da atenção e à diversificação das experiências práticas dos estudantes (Marsiglia, 1995; Rodríguez, 1995; Feuerwerker, 1998)

É nesse contexto que desponta a proposta de Integração Docente Assistencial – IDA, representando um movimento que se estendeu por toda a América Latina, com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS e da Fundação Kellogg, a qual foi concebida, no Brasil, durante o processo de reforma sanitária (Nogueira, 1985; Rovere, 1994; Marsiglia, 1995; Belaciano, 1996a; Garrafa, 1996; Feuerwerker, 1998; Feuerwerker, 2001).

O projeto de IDA é considerado pela OPAS, como um processo de vinculação crescente entre as instituições de ensino e as instituições prestadoras de serviços na área da saúde, cujo objetivo seria melhorar

a atenção à saúde, além de orientar a produção de conhecimentos e o treinamento de profissionais, de acordo com as características epidemiológicas de uma dada população de uma região específica, de modo a propiciar um movimento contínuo de educação, num processo que parte dos serviços e que é capaz de transformá-lo (Feuerwerker, 1998).

A partir da proposta da IDA foram criados os Distritos Docentes Assistenciais – DDA, que previam a participação da comunidade, de forma organizada, como uma garantia da continuidade desses programas (Marsiglia, 1995; Feuerwerker, 1998; Feuerwerker, 2001).

Na década de 90, surge uma extensão dessa proposta, denominada de Programa UNI - União com a Comunidade, que representava um esforço de cooperação entre três componentes para a educação dos profissionais de saúde: as universidades, os serviços de saúde e as organizações comunitárias. Buscava-se, com isso, desenvolver, de forma integrada, modelos inovadores de ensino, de sistemas de saúde e de ação comunitária (Kisil, 1996; Cyrino & Cyrino, 1997; Machado J. *et al.*, 1997).

De acordo com a concepção do projeto UNI, é esperado que parte significativa do trabalho dos professores seja dedicada ao ensino da assistência primária e às pesquisas de comunidade; pressupõe-se, também, que os estágios de alunos na comunidade sejam obrigatórios e que as disciplinas tenham como denominador comum a epidemiologia, enquanto o trabalho multiprofissional e o ensino-aprendizagem se façam diretamente nos serviços (Marsiglia, 1995).

Dos vinte e três projetos desenvolvidos em onze países da América Latina, seis deles estavam localizados no Brasil, todos apoiados técnica e financeiramente pela Fundação Kellogg. As experiências brasileiras de Programa UNI são: Universidade Estadual de Londrina, Faculdade de Medicina de Marília, Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista - UNESP, Universidade Nacional de Brasília - UnB, Universidade Federal da Bahia - UFBA e Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN (Belaciano, 1996b; Caldas Júnior *et al.*, 1996; Lima *et al.*, 1996; Silva Júnior *et al.*, 1996; Silva *et al.*, 1996; Soares *et al.*, 1996; Vianna *et al.*, 1996)

Como resultado do processo de amadurecimento das experiências desses dois projetos, IDA e UNI, surge a Rede UNIIDA, criada por ocasião de um grande encontro realizado em julho de 1996, do qual participaram representantes de projetos IDA, projetos UNI, universidades e outras instituições de ensino e pesquisa, movimentos populares, entidades sindicais e demais segmentos interessados na formação e capacitação de recursos humanos no Brasil (Almeida, 1996; Rangel & Vilasbôas, 1996).

A Rede UNIIDA tinha, como objetivo primordial, o fortalecimento da parceria entre os três elementos constitutivos desses projetos – universidade, serviços de saúde e comunidade – tendo, principalmente, uma atuação na articulação política dos projetos (Rangel & Vilasbôas, 1996; Teixeira & Paim, 1996).

Para Feuerwerker (1998), apesar das expectativas de que esses programas fossem capazes de produzir uma mudança mais profunda no ensino das profissões de saúde, poucas alterações ocorreram “no papel que a Universidade assume na educação permanente dos profissionais da saúde e na relação entre hospitais universitários, escolas médicas e rede de serviços”.

É bem verdade, pois, que as instituições de ensino acreditavam que o domínio e a transmissão de conhecimentos e habilidades, inclusive das modernas inovações técnico-científicas, bastassem para uma boa prática profissional.

Observava-se, entretanto, que os currículos eram organizados de modo a privilegiarem as oportunidades de aquisição de bagagem cognitiva, psicomotora e afetiva, ao passo que a prática, geralmente, nada mais era do que uma simulação de trabalho profissional, e, apesar de envolver personagens reais, no caso, os profissionais e pacientes, desenrolava-se em cenários e condições muito distintos daqueles encontrados nas situações reais do cotidiano. Isso, invariavelmente, resultava na formação de profissionais que tendiam a dissociar seu potencial de saberes e habilidades da prática profissional a seria colocada à disposição de seus pacientes (Machado J *et al.*, 1997).

Na realidade, essa preocupação quanto ao papel das universidades na

educação permanente dos profissionais de saúde, e na inter-relação entre esses três componentes da educação médica, tem sido evidenciada por muitos autores, indo desde diferenças nas suas conceituações, às propostas de implementação de mudanças nas práticas de educação do profissional médico (Marsiglia, 1995; Kisil, 1996; Cyrino & Cyrino, 1997; Machado J. *et al.*, 1997; Feuerwerker, 1998; Feuerwerker, 2001).

De acordo com Machado J. *et al.* (1997), o que se esperava das instituições de ensino superior era a adoção de um modelo de formação dos profissionais de saúde que reforçasse a formação acadêmica, em consonância com as práticas de ensino centradas no trabalho profissional, considerando, principalmente, os sistemas de saúde e as comunidades que seriam futuramente assistidas por esses profissionais. Pretendia-se, de igual forma, que os métodos de ensino-aprendizagem, baseados no processo de memorização e centrados no professor, fossem substituídos por metodologias baseadas no auto-aprendizado e na educação permanente.

Observa-se que todas as propostas de inovações nas práticas dos profissionais de saúde, como estratégia de favorecimento à operacionalização do modelo de saúde, estabeleciam que a sua formação fosse baseada nas necessidades da comunidade e reforçavam a idéia de estabelecer um sistema de educação permanente desses profissionais (Quintana *et al.*, 1994; Ribeiro & Mota, 1996; Feuerwerker, 1998).

Vale ressaltar que a Educação Permanente ou Educação Continuada, tem sido reconhecida, historicamente, como a fase do aprendizado que ocorre depois da pós-graduação. Trata-se do principal processo através do qual o profissional de saúde, no caso o médico, mantém atualizado e ativo o seu interesse e a sua curiosidade frente à necessidade de continuar aprendendo ao longo de sua vida produtiva (Parkhouse, 1979; OMS, 1990; Rovere, 1994).

Para alguns autores, entretanto, existe uma diferença clara entre Educação Permanente e Educação Continuada. Segundo Ribeiro & Mota (1996), a Educação Permanente em Saúde (EPS) teria o processo de trabalho como objeto de transformação, devendo ser orientado para a melhoria da qualidade dos serviços, buscando a equidade no cuidado e acesso aos serviços de saúde, apresentando-se como uma “virada no

pensamento da educação profissional”, sendo que o processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado de aprendizagem.

Enquanto isso, a Educação Continuada, de acordo com os mesmos autores, estaria mais relacionada a participação dos profissionais em cursos, congressos, eventos de treinamento para diferentes categorias profissionais dos serviços, tendo como finalidade o aumento ou a atualização de conhecimentos, sem contudo, terem a possibilidade de aplicar esses conhecimentos adquiridos, e portanto, essa forma de educação não contribuiria para a transformação das práticas institucionais (Ribeiro & Mota, 1996).

Rovere (1994) enfatiza o conceito definido pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde, que trata a educação permanente em saúde como “a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, em diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população.”

A educação continuada é vista também como uma forma de suprir as deficiências da formação inicial quanto às tecnologias e necessidades peculiares aos serviços básicos (Nogueira, 1985).

Discussões conceituais à parte, o fato é que o objetivo de envolver as universidades no processo de Educação Permanente seria na perspectiva de se ter um amplo programa de educação continuada, em que as universidades seriam as organizadoras desse processo, por conta da sua estrutura e do domínio dos conhecimentos e da tecnologia na área da educação. Além disso, como já existia uma aproximação entre estas e os serviços de saúde, através dos convênios de integração docente assistencial - IDA, esperava-se a ampliação desse convênio, de forma que envolvesse a Educação Permanente em Saúde e os Projetos IDA (Parkhouse, 1979; OMS, 1990; Rovere, 1994).

### **2.3 A RESIDÊNCIA MÉDICA**

Para Machado *et al.* (1997), apesar da formação médica ser concluída na graduação, a Residência Médica aparece como uma forma de aperfeiçoamento profissional, sendo que boa parte dos médicos recém-formados, seja “por tradição, necessidade de aprimoramento ou até

mesmo deficiência da formação profissional”, buscam-na como fonte de aprendizagem, experiência e especialização, o que vem facilitar a sua inserção no mercado de trabalho.

Prefaciando a obra de Feuerwerker (1998), Marcos Kisil, coordenador de programas da Fundação Kellogg para a América Latina e Caribe, observa que “dentro desse contexto de crise do sistema educacional, com escolas incompetentes na formação dos profissionais de saúde, a Residência Médica surge como alternativa qualificadora que a Escola Médica não conseguiu ser”.

Certo é que a Residência Médica originou-se nos Estados Unidos, como um curso de pós-graduação, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica, ainda no século XIX. Tratava-se de um sistema de instrução baseado no ensino clínico e no aproveitamento da rede hospitalar para o ensino médico, na modalidade de treinamento em serviço, formando especialistas (Machado *et al.*, 1997; Feuerwerker, 1998).

O princípio básico norteador dessa forma de ensino era da dedicação exclusiva, implicando o trabalho e envolvimento integral do profissional em treinamento com as atividades cotidianas do hospital em que estivesse sendo capacitado, passando o mesmo a residir no seu local de trabalho, como forma de propiciar a prática clínica (Blaistein, 1993; Machado *et al.*, 1997; Feuerwerker, 1998).

No Brasil, as primeiras experiências de Residência Médica datam da década de 40. O Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e o Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, foram os primeiros a implantar o programa de Residência Médica, em 1944 e 1948, respectivamente (Machado *et al.*, 1997; Feuerwerker, 1998); em 1962, foi implantado, por sua vez, o primeiro programa de Residência em Medicina Preventiva e Social, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, em São Paulo (Campos & Girardi, 1984).

Gradativamente, foi aumentando o número de programas de Residência Médica, até que na década de 70 ocorreu um grande avanço, culminando com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, em 1977, cuja finalidade seria de disciplinar essa forma de capacitação (Machado *et al.*, 1997).



Dentre as normas instituídas pela CNRM, destaca-se o estabelecimento dos parâmetros para a atuação do médico residente, tais como jornada de trabalho e remuneração, sob a forma de bolsa, além dos critérios para o credenciamento dos programas (Machado *et al.*, 1997; Feuerwerker, 1998).

Segundo Feuerwerker (1998), a regulamentação da Residência Médica ocorreu através da Lei 6.932, promulgada em 07/06/1981. A partir dessa regulamentação, face às exigências para credenciamento, diminuíram os programas e, conseqüentemente, foi reduzido o número de vagas ofertadas, causando descontentamento entre os estudantes de medicina e médicos-residentes, visto que a demanda continuava alta. Os programas voltaram a crescer nos anos subseqüentes, em virtude das necessidades apresentadas.

Muito embora a CNRM tenha procurado normatizar o funcionamento da Residência Médica, esta não cumpriu com sua determinação de privilegiar a criação de programas nas áreas básicas; ao contrário, ocorreu uma multiplicação dos programas nas outras especialidades (Feuerwerker, 1998).

Embora vinculada ao então Ministério da Educação e Cultura, a CNRM não deixa clara quais as oportunidades de aprendizado que teriam os residentes, nem a qualidade dos preceptores e supervisores, visto que muito dos programas desenvolvem-se sem a mínima condição de funcionamento (Feuerwerker, 1998).

Desde 1987, a CNRM criou as Comissões Estaduais de Residência Médica, sem contudo promover a sua operacionalização, por falta de redistribuição dos recursos financeiros, definição de suas atribuições e transferência de poder decisório (Feuerwerker, 1998).

## **2.4 A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL ATRAVÉS DA RESIDÊNCIA MÉDICA**

Na conformidade da Lei 6.932/81, que regulamentou a Residência Médica, esta é definida como uma modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, aos quais confere o título de especialista, sendo caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedica-

ção exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, que atuam como preceptores.

Vale aqui uma pequena discussão sobre os conceitos apresentados nessa definição. Nos trabalhos apresentados por Schraiber, em 1986 e em 1989, a autora chama a atenção sobre a tendência de se reduzir o entendimento de *Educação* à educação escolar, e desta à simples transmissão do saber, pelo que afirma ser a Educação um dos processos de reprodução da estrutura social, sendo que, por um lado, ocorre a reprodução e a transmissão do conhecimento, ou seja, o ensino do saber enquanto que, por outro, verifica-se a elaboração de um sistema de valores dominantes, o que se configura na reprodução da ideologia dominante.

Chiavenato (1997) ensina que a Educação refere-se a toda influência que o ser humano recebe do ambiente social, durante a sua vida, com o propósito de adaptar-se “às normas e valores sociais vigentes e aceitos”, ao passo que a Educação Profissional diz respeito à educação institucionalizada ou não, que objetiva preparar o ser humano para a vida profissional, ou ainda como menciona De Seta (2000), “à preparação do indivíduo para o trabalho”.

Para Dupret (2000), é necessário ter cuidado para não “romper com aspectos de uma formação humanística, reduzindo a Educação Profissional ao atendimento às necessidades emergenciais do mercado, e não à formação do cidadão”.

Didaticamente, Chiavenato (1997) subdivide Educação Profissional em: *Formação Profissional*, identificada como a educação profissional que visa preparar e formar o homem para o exercício de uma profissão; *Aperfeiçoamento ou Desenvolvimento Profissional*, como sendo a educação que objetiva ampliar, desenvolver e aperfeiçoar o homem para seu crescimento profissional; e *Treinamento*, referindo-se à educação profissional, que visa adaptar o homem para determinada tarefa. Uma definição mais ampla de *Treinamento*, poderia ser compreendida como sendo o desenvolvimento sistemático do padrão de atitude, conhecimento, habilidade e conduta, requerido para que um indivíduo desempenhe, de forma adequada, uma determinada tarefa ou serviço.

A certeza de que a Residência Médica faz parte desse processo de educação profissional, é defendida por Rosenberg (1992), que vê no planejamento - envolvendo professores, educadores e preceptores - o principal instrumento a ser observado no desenvolvimento dessa forma de capacitação.

A referida autora assegura que determinados aspectos devem ser considerados pelas instituições promotoras dos programas de Residência Médica. Em primeiro lugar, a definição clara dos objetivos reais do programa, procurando “*considerar uma visão da sociedade e do profissional a ser formado*” em consonância com a função social da instituição, bem assim de acordo com as suas condições materiais e os recursos financeiros e humanos disponíveis. Observando isso, definir-se-ia o perfil do profissional que se pretende formar, passo fundamental na determinação dos conteúdos do programa, que teria, assim, um nível de aprofundamento adequado às necessidades desses profissionais.

A metodologia adotada para transmitir os conhecimentos deverá ser diversificada, considerando que cada conteúdo adapta-se melhor a um determinado tipo de atividade. Um outro aspecto de extrema importância é o da avaliação, que teria seus critérios estabelecidos e repassados aos residentes, antes do início das atividades. E, finalmente, deverá ser dado ao profissional, um amplo apoio técnico e material (livros, revistas, equipamentos de trabalhos), enfim, tudo o que for capaz de favorecer o seu aprendizado (Rosenberg, 1992).

Feuerwerker (1998), entretanto, questiona o papel formador da Residência Médica e em seu importante estudo a respeito das mudanças na Educação Médica e Residência Médica do Brasil, relata que participou, como consultora, de um projeto de avaliação dos programas de Residência Médica no Estado de São Paulo, tendo a oportunidade de observar, *in loco*, os problemas enfrentados pelos residentes. A autora verificou que as difíceis condições de trabalho, aliadas à falta de acompanhamento crítico do processo de formação dos residentes, a ausência de relação entre instituições que formam os residentes e rede de serviços além da falta de definição acerca dos objetivos desse processo de especialização, lhes pareceram problemas relevantes.”

Aliados a esses fatores, vários estudos discutem as condições estressantes da Residência Médica, tendo surgido muitas críticas, principalmente relacionadas à excessiva carga de trabalho, com sobrecarga assistencial e privação do sono, e, mesmo sendo definido como “treinamento em serviço, sob supervisão”, alguns autores o comparam a “*um ritual de passagem, um verdadeiro teste de resistência, pelo qual o médico recém-formado deve passar para pertencer à ordem do “verdadeiro médico”*”, sendo que essa situação tem repercussões diretas na qualidade do atendimento prestado à população (Nogueira-Martins & Jorge, 2000).

No entanto, as queixas dos residentes não param por aí; incluem-se ainda a falta de *staff*, o desrespeito aos direitos dos residentes, o atraso no pagamento de bolsas e o grande número de plantões (Mesquita, 1999).

Apesar de todos esses percalços, a Residência Médica ainda continua sendo considerada como a melhor forma de treinar o médico recém-formado (Mesquita, 1999).

## **2.5 A RESIDÊNCIA MÉDICA NO ESTADO DO CEARÁ**

A questão dos recursos humanos, no Brasil, tem sido objeto de discussão, há muitas décadas. Na realidade, a história das políticas de saúde sempre esteve atrelada à necessidade de melhorar, tanto quantitativa como qualitativamente, os recursos humanos encarregados das ações de saúde (Santana & Girardi, 1993; Schraiber & Peduzzi, 1993).

Todavia, os avanços alcançados com a Constituição de 1988, ao assegurar *a saúde como direito do cidadão e dever do Estado*, estipulando como princípios fundamentais, o atendimento integral, a hierarquização, a universalidade, a resolutividade das ações de saúde e a participação popular nos serviços, requerem um perfil de recursos humanos capacitado para atender às exigências desse novo modelo assistencial (Pierantoni & Machado, 1993).

De acordo com Schraiber & Peduzzi (1993), o movimento de reformas sanitárias atribui uma relevância especial aos recursos humanos, e entendem que a sua capacitação, com características de “novo ator”, é fundamental para enfrentar os novos desafios advindos da reforma, colocando-o numa posição de agente de transformação e esperando-se

que estes atuem mediante a sua transformação, como “agente de mudança” da própria prática.

Há, então, um incremento das propostas de formação dos recursos humanos em saúde, para atender às necessidades dos serviços. Essas propostas vinham sendo objeto de análise em vários encontros, inclusive por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, configurando-se, a partir da Constituição, como uma das quatro questões fundamentais para a implementação do SUS, além da descentralização, do financiamento e do controle social (Brasil, 1988; Bógus *et al.*, 1995; Teixeira *et al.*, 1996; Almeida, 1996; Garrafa, 1996; Teixeira & Paim, 1996; Brasil, 2000).

Entretanto, segundo as considerações de Santana & Girardi (1993), o que se observava era “uma completa inadequação entre as disponibilidades quantitativas e qualitativas dos recursos humanos e os objetivos e metas preconizados para o Sistema Único de Saúde – SUS”.

Quanto à essa perspectiva de capacitação, na busca de adequação dos recursos humanos às novas exigências dos serviços de saúde, Garrafa (1996) considera que, uma vez que o SUS configurou-se como um compromisso constitucional irreversível, caberia a todo setor responsável pela formação de recursos humanos em saúde passar por uma imediata e profunda transformação, como forma de melhor enfrentar os desafios, advindo dessa nova proposta de organização do setor saúde.

No entanto, a própria Constituição já estabelecia em seu artigo 200, inciso III, ser competência do SUS, “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (Brasil, 1988; Santana & Girardi, 1993; Almeida, 1996; Amaral, 1996), tendo se observado, porém, ao longo dos anos, que essas disposições não foram cumpridas, apesar, inclusive, de serem objeto de reivindicação nos diversos momentos de definição das políticas para o setor saúde (Almeida, 1996).

Para vários autores, a questão da organização dos recursos humanos passa pela elaboração e implementação de algumas medidas inovadoras, sendo necessário “negociar novas bases legais e administrativas para a regulação profissional, educacional e das relações de trabalho para a saúde” (Santana & Girardi, 1993), consubstanciadas em: garantia de sua contratação formal, que assegure os seus direitos como trabalhador;

cumprimento do que estabelece a legislação, quanto à responsabilidade do setor saúde, na formação dos recursos humanos, e nesse caso, participando da definição de criação de cursos e instalação de escolas universitárias; modernização dos processos gerenciais e o estabelecimento de compromissos com os profissionais que assegurem a oferta adequada dos serviços de saúde à população (Nogueira, 1985; Santana, 1993; Santana & Girardi, 1993; Bógus *et al.*, 1995; Nogueira, 1996; Medici & Girardi, 1996).

Além disso, outras reflexões precisam ser feitas, principalmente quanto à qualidade do sistema educacional de formação de nível superior, em razão da situação de crise em que se encontram esses aparelhos formadores de recursos humanos para o setor saúde, e, também, quanto à repercussão que essa conjuntura tem sobre a oferta dos serviços à população, principalmente o profissional médico.

No processo de formação do profissional médico, a Residência Médica é atualmente parte integrante da Educação Médica, configurando-se como a interface entre as instituições de ensino formadoras do profissional médico e os serviços de saúde, nos quais serão inseridos posteriormente. Representa o ingresso do profissional no mercado de trabalho, visto que alguns dos direitos trabalhistas são observados, e, para muitos, configura-se como o primeiro emprego de suas vidas profissionais (Marsiglia, 1995; Machado *et al.*, 1997; Feuerwerker, 1998).

Oriunda de uma política de saúde voltada para atendimento individual e fragmentado, a Educação Médica, no Brasil, tem deixado lacunas, pelo que a Residência Médica surge como alternativa para complementar a formação profissional. Considerada como uma forma de treinamento em serviço, a Residência Médica proporciona uma diversidade de experiências práticas, configurando-se como “*a porta de entrada*” do recém-formado no exercício profissional (Marsiglia, 1995; Machado *et al.*, 1997; Feuerwerker, 1998).

Estima-se que 70% dos médicos que se formam, em todo Brasil, têm acesso a um programa de Residência Médica, que geralmente dura dois anos, a não ser em algumas especialidades, que exigem, como pré-requisito, a residência em uma especialidade básica, antes de passarem

para uma outra de um nível de complexidade maior (Machado *et al.*, 1997; Feuerwerker, 1998).

Embora seja vinculada ao Ministério de Educação – MEC, a Residência Médica não é parte da Universidade, sendo da responsabilidade dos serviços de saúde e das instituições que oferecem o programa (Machado *et al.*, 1997; Feuerwerker, 1998).

No Ceará, de acordo com Silva (1997), os programas de Residência Médica aconteciam através do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social, desde 1976, no Hospital Geral de Fortaleza e no Hospital de Messejana. A partir de 1978, o serviço público estadual iniciou esse programa por intermédio da Fundação de Saúde do Estado do Ceará – FUSEC, tendo o seu reconhecimento e credenciamento pela CNRM ocorrido somente em 1984.

Com o advento do Sistema Único de Saúde – SUS e da municipalização, a coordenação do programa de Residência Médica do Ceará ficou sob a responsabilidade da Secretaria da Saúde do Estado – SESA/CE, e, em 1993, passou a ser vinculado funcional e administrativamente à Escola de Saúde Pública de Ceará – ESP/CE, sendo criado então, o Centro de Coordenação de Residência Médica – CERME, com o fim de coordenar as suas atividades (Silva, 1997).

Atualmente, os maiores programas de Residência Médica encontram-se na rede pública estadual do Sistema Único de Saúde – SUS-CE, sob a responsabilidade da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA/CE, e estão administrativamente vinculados à Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE, sendo coordenados pelo Centro de Coordenação de Residência Médica – CERME. (Silva, 1997; Silva *et al.*, 2000); outros importantes programas de âmbito público, com ampla oferta de vagas em diversas especialidades credenciadas pela CNRM, estão centrados na Universidade Federal do Ceará e no Instituto Dr. José Frota. No setor privado filantrópico, merecem destaque os programas de formação em oftalmologia, mas fica bastante claro que esforços devem ser canalizados no intuito de incorporar à base de formação maior número de entidades desse setor, bem como das particulares, sem comprometimento da qualidade, para alargar a oferta de educação continu-

ada sob a forma de Residência Médica para fazer frente à expansão do número de egressos dos cursos médicos. Nesse tocante, outros programas de Residência Médica têm surgido, nestes últimos anos, no cenário cearense com a participação de outras instituições de saúde, tais como da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, do Hospital Antônio Prudente e do Instituto do Câncer do Ceará, este com Residência Médica em Cancerologia e em Mastologia.

Anualmente são ofertadas vagas nos 6 (seis) hospitais da rede pública estadual: Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Geral César Cals, Hospital Infantil Albert Sabin, Hospital de Cardiologia de Messejana, Hospital de Saúde Mental de Messejana e Hospital São José de Doenças Infecciosas, além da ESP-CE, que assume, diretamente, o Programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária, este com o currículo adaptado para Medicina de Família e direcionado para o Programa de Saúde da Família – PSF (Silva, 1997; Silva *et al.*, 2000).

Estes programas de Residência Médica são agrupados em categorias, a saber:

- Grandes Áreas Básicas (GB): Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Geral e Comunitária e Pediatria.
- Outras Básicas (OB): Anestesiologia, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria, Radiologia e Traumatologia e Ortopedia.
- Especialidades (ES):
  - Cirúrgicas (CI): Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Plástica, Transplante Renal e Urologia.
  - Clínicas (CL): Cardiologia, Pneumologia e Terapia Intensiva.
  - Pediátricas (PE): Hematologia Pediátrica e Neonatologia (R-3)
- Específicas (SP): Cardiologia (R-3), Cirurgia Pediátrica, Endoscopia, Ginecologia (R-3) e Pneumologia (R-3).

Pesquisa realizada em 2000, para analisar o processo seletivo para os programas de Residência Médica do Sistema Único de Saúde no Estado do Ceará, considera que a análise do currículo, procedida no processo seletivo, é bastante abrangente e busca identificar o desempenho dos



profissionais nas suas atividades curriculares e sua inserção nas atividades acadêmicas, premiando aqueles que tiveram melhor atuação, no decorrer de sua vida universitária. Considera, inclusive, que dada à sua característica de poder identificar, inclusive, jovens talentos, esta deveria ser estruturada de forma a servir de base para um processo de iniciação e estímulo à produção científica, entre os profissionais;

Um outro aspecto relevante refere-se à modalidade de teste escolhida para esse tipo de seleção, concluindo que o teste de múltipla escolha está, realmente, em consonância com os objetivos do processo seletivo, que lida com grande quantidade de candidatos e, portanto, requer um método ágil na sua execução;

Observa-se, também, que a elaboração das questões do teste de múltipla escolha obedece a um processo bem estruturado, inclusive com a capacitação dos profissionais que são incumbidos do desempenho dessa tarefa. No entanto, como ficou claro, não é uma tarefa fácil e demanda muito tempo para sua execução, sendo, exatamente, a falta de tempo, o motivo maior da presença de quesitos mal elaborados.

Ainda com relação à elaboração das provas, observou-se que várias questões necessitam de uma cuidadosa e detalhada revisão, e conseqüente reformulação, de modo a adequar tanto os enunciados quanto os distratores às suas reais finalidades, voltadas para auxiliar na difícil tarefa de selecionar os melhores candidatos ou os candidatos mais preparados. Seria interessante que essa revisão acontecesse bem antes de iniciar os preparativos para um novo processo seletivo;

No que se refere ao perfil dos candidatos aos Programas de Residência Médica do SUS/CE para o ano 2000 (Mariano, 2000), os dados mostram que são médicos jovens, em que mais de 80% têm menos de 30 anos, portanto recém-egressos do curso de medicina. A sua maioria, ou seja, mais de 60% ainda é constituída de solteiros e, apesar da tendência da medicina ser uma profissão feminina, nesse processo prevaleceu o sexo masculino, com mais de 60% dos inscritos.

Em relação aos aspectos econômicos, nota-se que grande parte, em torno de 40% desses profissionais, continua morando com os pais e irmãos, sendo que mais de 60% possuem casa própria e acima de 80%

já dirigem seu próprio carro e também pertencem à uma seleta classe social, visto que mais da metade dos candidatos percebia renda mensal superior a 10 salários mínimos, fazendo parte, portanto, dos 3,7% mais ricos do Estado do Ceará. Como fator contributivo, os pais de grande parte dos candidatos, cerca de 70%, tinham segundo grau completo ou curso superior.

Confirmando os dados para o Nordeste, a grande maioria é oriunda das escolas particulares, sendo mais de 60% do primeiro grau e acima de 80% do segundo grau. Em torno de 80%, esses candidatos frequentaram curso preparatório com vistas à participação do exame vestibular. Portanto, além de serem melhor preparados pelas escolas em que estudaram, ainda possuíam condições financeiras suficientes para um curso de reforço, capaz de fazê-los galgar a universidade. A grande maioria (82,2%) concluiu o curso de medicina na Universidade Federal do Ceará;

As oportunidades de ingresso em um curso universitário, principalmente de Medicina, são restritas a uma minoria de privilegiados que detêm o poder econômico, sendo que para os menos favorecidos essas chances quase não existem. Mesmo após o ingresso na universidade e o conseqüente nivelamento proporcionado durante os anos de graduação, praticamente essas diferenças não são dirimidas. Atribui-se a isso, provavelmente, o fato de que as oportunidades continuam a ser diferenciadas, mesmo após o ingresso na faculdade, principalmente no que se refere ao acesso aos onerosos livros didáticos e aos outros materiais utilizados. Os estudantes, cujos pais têm melhor condição financeira, podem dispor dos livros imediatamente após serem solicitados pelos professores, ao passo que aqueles menos abastados, têm como principal opção os livros da biblioteca, usualmente desatualizados, e que nem sempre estão disponíveis nos momentos mais necessários.

O processo seletivo que anualmente é desenvolvido pelo Centro de Coordenação da Residência Médica, apesar de se mostrar adequado para os objetivos a que se propõe, ou seja, de selecionar os candidatos para o preenchimento das vagas aos Programas de Residência Médica, disponibilizadas pelos hospitais da rede estadual, poderia, no entanto, fazer parte de um processo mais articulado e melhor estruturado

em que os resultados obtidos fossem também utilizados para promover uma maior capacitação dos profissionais envolvidos e suprir as possíveis carências deixadas pela graduação, dando real sentido à sua concepção, e buscando, inclusive, uma maior articulação entre as universidades e os programas que prestam esses serviços.

### **3. CONCLUSÃO**

Um olhar mais acurado para o processo de formação médica no Brasil traz à tona três questões fundamentais: a primeira diz respeito ao fato de o país ter recorrido à importação de um modelo de saúde talhado nos Estados Unidos, para satisfazer às suas naturais deficiências de início e até meados do século passado; a segunda, refere-se à necessidade que teve o Brasil de imprimir, em um determinado momento, uma profunda reforma social em suas bases e, por conseqüência, uma transformação radical no seu sistema de saúde, culminando na implantação do SUS; a terceira, não tão impactante, mas talvez a de maior consistência, liga-se à questão educacional e, com mais propriedade à preparação e ordenação dos recursos humanos, para suportar o peso das mudanças pretendidas, pelo país, na área da saúde. Este estudo procurou desnudar o processo de formação médica, no Brasil, alcançando os seus aspectos históricos e operacionais, Chegou-se assim à conclusão de que a relação dual educação médica/medicina social somente se completa pelo esforço de cooperação entre as universidades, os serviços de saúde e as organizações comunitárias. Nesse contexto, ficou bem claro que a educação profissional de que se fala, viabiliza-se através da residência médica, institucionalizada, objetivando preparar o indivíduo para o trabalho, ou ainda, preparando o médico para a prática de uma medicina universalizada, integralizada e com intensa participação comunitária.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Almeida MJ de: Ordenação pelo SUS da formação de recursos humanos em saúde: contribuição da Rede UNIIDA para a regulamentação do inciso III, artigo 200 da Constituição Federal. *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, p. 34-35, jul/1996.

Amaral JL do: Recursos humanos para o SUS: opção pela articulação entre os profissionais de saúde, docente e discente, usuários e gestores, a CINAEM, os projetos UNI, os Conselhos de Saúde, a sociedade civil. *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, p. 56-59, jul/1996.

Belaciano MI: O SUS deve aceitar este desafio: elaborar proposições para a formação e capacitação de recursos humanos em saúde, *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, p. 29-33, julho, 1996a.

Belaciano MI: Porque o UNI interessa ao SUS-DF: o desenvolvimento institucional dos setores saúde e educação de Brasília e a instituição de um sistema serviços de saúde-universidade, *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, p. 97-100, julho, 1996b.

Blaistein NM: La evaluación en las residencias medicas municipales: clinica pediátrica del hospital Pedro de Elizalde, *Educación médica y salud*, OPAS/OMS, v. 27, n. 3, p. 376-399, julio/septiembre, 1993.

Bógus CM, Westphal MF, Fernandes EM, Possa S: A reforma sanitária e os recursos humanos dos serviços locais de saúde: o caso de Vargem Grande Paulista. *Educación médica y salud*, OPAS/OMS, v. 29, n. 1, p. 20-31, enero/marzo, 1995.

Brasil: *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

Brasil: *Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde - Série cadernos técnicos, 32p, junho, 2000.

Caldas Júnior, AL, Bertonecello NMF, Socorro M do, Lins AM, Cyrino A de PP, Trezza EMC, Cyrino EG, Correa FK, Machado JLM: O ideário UNI e a formação e capacitação de recursos humanos: processos e resultados, *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, p. 77-89, jul/1996.

Campos FE, Girardi SN: Caracterização dos programas de residência de medicina preventiva e social no Brasil, In: *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*, Rio de Janeiro: Abrasco, p. 41-57, jun/1984.

Chiavenato I: *Recursos humanos*, São Paulo: Atlas, 4ª Ed., 1997.

Cyrino AP, Cyrino EG: Integrando comunicação, saúde e educação: experiência do UNI – Botucatu, *Interface - comunicação, saúde, educação / Núcleo de comunicação da Fundação UNI*, Botucatu, SP: Fundação UNI, v.1, n.1, p.157-168, ago/1997.

Dupret LM, A LDB e a Praxis – ensino médio e educação profissional, *Vox poli*, editorial, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, n. 9, jul/ago/set/2000.

Feuerwerker LCM: A construção do trabalho em rede entre os projetos UNI, *Vox poli*, editorial, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, n. 10, jan/fev/mar/2001.

Feuerwerker LCM: *Mudanças na educação médica e residência médica*. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998. 190p.

Feuerwerker LCM, Marsiglia RG: Estratégias para mudanças na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI, *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, p. 24-28, jul/1996.

Gallo E, Vaitsman J, Campos Filho AC: Gestão inovadora e cultura organizacional: ferramentas para a qualidade nos serviços públicos de saúde, In: Costa, N do R, Ribeiro, JM: (org.) *Políticas de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90*, Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/ENPS/FIOCRUZ, 196p., 1996.

Garrafa V. Saúde x educação ou saúde + educação. *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, editorial, jul/1996.

Kisil M: Uma estratégia para a reforma sanitária: a iniciativa UNI, *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, p. 5-14, jul/1996

Laguna JA: La modernización del cientificismo y el arcaísmo nacional actual: el caso de la formación médica en el Perú, *Educación médica y salud – a) capacitación avanzada en desarrollo de recursos humanos – b) experiencias de trabajo en las américas*, OPAS/OMS, v. 26, n. 2, p. 51-67, abril/junio, 1992.

Lima VV, Komatsu RS, Padilha RQ: UNI Marília: capacitação de recursos humanos e desenvolvimento de lideranças, *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, p. 90-96, jul/1996.

Machado JLM, Caldas JR AL, Bortoncello NMF: Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde, *Interface - comunicação, saúde, educação / Núcleo de comunicação da Fundação UNI*, Botucatu, SP: Fundação UNI, v.1, n.1, p.147-156, ago/1997.

Machado MH: *et al. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 244p, 1997.

Machado MH: *et al.*, Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil – Relatório final, v. I – Brasil e grandes regiões, Brasília: Ministério da Saúde, 146p, 2000.

Marsiglia RG: *Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995, 118p.

Medici AC, Girardi SN: Emprego, remuneração de pessoal e produtividade em saúde: um balanço da literatura recente. *Divulgação em saúde para debate*, n. 14, p. 38-43, ago/1996.

Mendes EV: As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal, In: Men-

- des EV: (Org.) *Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do sistema único de saúde*, São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 3 ed., p.19-91, 1995.
- Mendes EV: *Uma agenda para a saúde*, São Paulo: Hucitec, 1996, 300p.
- Mesquita W: Residência Médica: em busca da qualidade, *Diálogo médico*, São Paulo: Roche, ano 14, n. 7, outubro/199.9
- Nogueira RP: Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. *Divulgação em saúde para debate*, n. 14, p. 18-22, ago/1996
- Nogueira RP: Pessoal de saúde: a discussão teórica e a produção científica sobre o tema. In: Nunes, E. D. (Org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*, Brasília: OPAS, p. 391-408, 1985.
- Nogueira-Martins LA, Jorge MR: Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica, São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 2000.
- Nunes ED: As ciências sociais nos planos de estudo de graduação e pós-graduação, In: Nunes ED. (Org.), *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*, Brasília: OPAS, p. 427-452, 1985b.
- Nunes ED: Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral, In: NUNES, E. D. (Org.), *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*, Brasília: OPAS, p. 31-71, 1985a.
- Organização Mundial da Saúde - OMS – *Declaração de Alma-Ata, relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde*, OMS/UNICEF, Alma-Ata-URSS, set. 1978.
- Organización Mundial de la Salud - OMS – *Sistemas de educación continua: prioridad al personal de salud de distrito*, Serie de informes técnicos 803, Ginebra: OMS, 1990.55p.
- Parkhouse J: Continuing education of health personal and its evaluation, Helsinki: *WHO Regional Committee for Europe*, n. 33, 25p., 1979.
- Pierantoni CR, Machado MH: *Profissões de saúde: a formação em questão*. Cadernos RH saúde – II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a saúde: textos apresentados, v. 1, n. 3, Brasília: M.S./CGDRH-SUS., p. 23-34, novembro, 1993.
- Quintana PB, Roschke MAC, Ribeiro EC de O: Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud, In: *Educación permanente de personal de salud*, Série Desarrollo de Recursos Humanos, n. 100, Washington: OPAS/OMS, p. 33-61, 1994.

- Raggio A, Giacomini CH: A permanente construção de um modelo de saúde, *Divulgação em Saúde em Debate*, 44(16):9-16, dez/1996.
- Rangel ML, Vilabôas AL: Rede Unida: breve histórico, concepção, organização e estratégias de ação, *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, p. 15-18, jul/1996.
- Ribeiro EC de O, Motta JJJ: Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde, *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, p. 39-44, jul/1996.
- Rodríguez MI: Las innovaciones educativas en la formación de personal de salud en México dentro del contexto de las transformaciones ocurridas en América Latina, *Educación médica y salud*, OPAS/OMS, v. 29, n. 1, p. 32-49, enero/marzo, 1995.
- Rosenberg L: Aspectos pedagógicos da residência médica, In: *Requisitos mínimos de um programa de residência médica: competências em medicina preventiva e social*, São Paulo: Fundap, 1992.
- Rovere MR: Gestion estrategica de la educacion permanente en salud, In: Educacion permanente de personal de salud, In: *Educación permanente de personal de salud*, Série Desarrollo de Recursos Humanos, n. 100, Washington: OPAS/OMS, p. 63-106, 1994.
- Santana JP: A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. *Cadernos RH saúde – II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a saúde: textos apresentados*, v. 1, n. 3, Brasília: M.S./CGDRH-SUS, p. 51-62, novembro, 1993.
- Santana JP de, Girardi SN: Recursos humanos em saúde: reptos atuais. *Educación médica y salud*, OPAS/OMS, v. 27, n. 3, p. 341-399, julio/septiembre, 1993
- Schraiber LB: Educação médica e capitalismo, São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 133p., 1989.
- Schraiber LB: Ética e subjetividade no trabalho em saúde, *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, p. 45-50, jul/1996.
- Schraiber LB, Nemes MIB: Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, n. 19, p. 106-121, 1996.
- Schraiber LB, Peduzzi M: Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. *Educación médica y salud*, OPAS/OMS, v. 27, n. 3, p. 295-313, julio/septiembre, 1993.

Silva Júnior AG da, Pires AC, Marins JJN, Tomassini HCB: As experiências de articulação universidade-serviço-sociedade em Niterói, RJ, *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, p. 51-55, jul/1996.

Silva FV da, Liberalino FN, Barbosa NB: Universidade, serviços e comunidade – diálogos no UNI – Natal, *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, p. 106-112, jul/1996.

Silva JDM: *Análise das características e do desempenho dos candidatos ao processo seletivo à residência médica do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará para ingresso em 1997*. Fortaleza: IOCE/SEAD, 1997, 68p.

Silva JDM, Silva LFG, Silva MGC: Características educacionais dos candidatos ao processo seletivo à Residência Médica do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará para ingresso em 1997. *Ceará Médico*, n. 1, v. 9, Fortaleza/Ceará, jan/jun, 2000.

Soares DA, Gil CRR, Ito AMY: Projeto UNI – Londrina: processos e resultados, *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, p. 63-76, jul/1996.

Teixeira CF, Paim JS: Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, p. 19-23, jul/1996.

Teixeira M, Machado MH, Moyses N, Virginia SR: Trabalho e gestão em saúde: algumas considerações no contexto do SUS, In: Costa N do, Ribeiro JM (Orgs.) *Políticas de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/ENPS/FIO-CRUZ, 1996. 196p.

Vianna MIP, Costa HOG, Santos LAS: Projeto de prática multiprofissional na atenção à saúde no distrito sanitário Barra - Rio Vermelho: o desafio no processo de formação de profissionais, *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, p. 101-105, jul/1996.





TRANSPLANTE DE FÍGADO NO CEARÁ:  
DO LABORATÓRIO À PRÁTICA CLÍNICA

---

JOSÉ HUYGENS PARENTE GARCIA  
Médico



## **I – INTRODUÇÃO**

### **A HISTÓRIA TRANSPLANTE DE FÍGADO**

A história do transplante de fígado teve início em 1955, quando Welch implantou um fígado heterotópico na pelve de um cão (Welch, 1955). No ano seguinte, Cannon descreveu o primeiro transplante experimental ortotópico também em cão (Cannon, 1956). Os primeiros cães transplantados não sobreviveram, porém no final da década de 50 havia relatos de sobrevida no transplante hepático experimental (Moore et al, 1960). Mas foi Starzl et al que, em 1963, realizaram o primeiro transplante de fígado em humanos (Starzl et al, 1963). Neste ano, três transplantes foram feitos por este grupo em Denver, Estados Unidos, com óbitos ocorrendo no trans-operatório, no 7º e 22º dias de pós-operatório, respectivamente. As principais causas de óbitos nestes primeiros casos eram relacionados a alterações da coagulação e a complicações infecciosas (Starzl et al, 1963; Moore et al, 1964; STARZL et al, 1968). O primeiro transplante com sobrevida prolongada foi realizado também por Starzl et al, em 1967, na Universidade de Colorado, em uma criança portadora de carcinoma hepatocelular (Starzl et al, 1967). Entre 1968 e 1980, este grupo fez aproximadamente um transplante por mês, com mortalidade de um ano superior a 50% e sobrevida prolongada de somente 30% (Starzl et al, 1982). No entanto, 30 (18%) dos primeiros

170 consecutivos pacientes submetidos a transplante de fígado na Universidade do Colorado viveram mais de 10 anos (Starzl, 1996). Desde então os grupos de Starzl, inicialmente em Denver, depois em Pittsburgh, e os grupos de Calne e Williams, em Cambridge e Londres, foram os primeiros a iniciar a aplicação clínica do Transplante Ortotópico de Fígado.

No Brasil, as primeiras pesquisas experimentais foram realizadas em cães a partir de 1965, pelo grupo de Metabologia Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tendo à frente o professor Marcel Cerqueira Machado. No dia 05 de agosto de 1968, este grupo realizou o primeiro transplante de fígado, do Brasil e da América do Sul, em um paciente de 52 anos portador de cirrose hepática e carcinoma hepatocelular, que faleceu com 7 dias, em decorrência de lesão hepática por preservação e rejeição. Em 31 de maio de 1969, este mesmo grupo realizou o segundo transplante em um paciente de 41 anos com cirrose biliar e colangiocarcinoma. Este doente sobreviveu 18 dias, falecendo em consequência de coma hiperosmolar (D'Albuquerque et al, 2001).

Em 01 de setembro de 1985, foi realizado pela equipe do professor Silvano Raia, o primeiro transplante de fígado do Brasil, com sucesso a longo prazo, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Em 1988, esta mesma equipe realizou o primeiro transplante de fígado intervivos do mundo (Raia et al, 1988).

Apesar dos contínuos avanços e os excelentes resultados que se obtêm atualmente no transplante ortotópico de fígado, o procedimento continua sendo muito complexo, sobretudo quanto à técnica cirúrgica e o manejo trans-operatório, considerando-se, hoje em dia, um dos maiores desafios que podem enfrentar um cirurgião e um anestesiológico. Devido a esta complexidade, a grande maioria dos centros que desenvolveram, com êxito, um programa de transplante de fígado clínico, passaram por um período prévio de experimentação animal, para coordenar a equipe e treinar a técnica cirúrgica e anestésica (Starzl et al, 1963; Calne, 1983; Busuttil et al, 1986). O transplante experimental tem sido a base inicial para a formação de equipes de transplante e desenvolvimento de soluções de preservação e de novos fármacos imunossupressores. O Professor Starzl, grande mestre do transplante de fígado,

afirmou: “É inverossímil que alguém tente um Transplante Hepático Clínico sem uma recapitulação pessoal prévia em laboratório, pelo menos alguma experiência anterior em suínos ou cães”.

A experimentação dentro do Transplante de Fígado é realizada sobretudo em cães e porcos (Calne et al, 1967; Terblanche et al, 1968; Monden et al, 1982; Benichou et al, 1978). O cão é um animal de fácil manejo anestésico, porém apresenta importantes alterações da coagulação quando é submetido a circulação extra-corpórea ou a transfusão de sangue (Berisa et al, 1986). O porco não apresenta estes problemas, apesar de ser mais instável no trans-operatório, em parte por se tratar de animal muito jovem; o peso ideal deve se situar entre 25 e 30 kg (Mazzoni et al 1973). O porco, por suas características biológicas e anatômicas e pela possibilidade de sobreviver sem a necessidade de imunossupressão pós-operatória, tem sido o animal eleito pela maioria dos grupos para montar um modelo experimental (Berisa et al, 1986; Arias et al, 1986; Lluch et al 1990).

A partir de 1980, um grande número de centros de transplante iniciou suas atividades no mundo. Diversos fatores contribuíram para isto, incluindo avanços na técnica cirúrgica e na anestesiologia e o emprego de novos fármacos. O desenvolvimento e a evolução no uso de agentes imunossupressores foi um passo crítico no crescimento do transplante de órgãos sólidos. Em experimentos animais e durante a fase precoce de transplante renal com doador cadáver iniciado antes do transplante de fígado, o uso combinado de prednisona e azatioprina facilitou o sucesso do transplante de rim, por possibilitar um bom controle da rejeição (Starzl et al 1982; Keeffe, 2000). Nesta experiência inicial, foi observado que altas doses de corticosteróides por via endovenosa era efetiva em reverter episódios de rejeição celular aguda. Estes resultados favoráveis com prednisona e azatioprina levaram ao desenvolvimento do transplante clínico de rim e contribuíram para a evolução inicial do transplante de fígado (Keeffe, 2001).

O fator mais importante para o sucesso atual do transplante de fígado tem sido atribuído à introdução de um novo agente imunossupressor, a ciclosporina, por Roy Calne (Calne et al, 1978; Calne et al, 1978; Calne et al, 1979). Inicialmente utilizada como droga isolada

e mais tarde associada a corticosteróide e azatioprina, constituindo o esquema triplo de imunossupressão ainda hoje mundialmente aceito. Com este esquema, observou-se de imediato aumento da sobrevivência de 30 para mais de 70% (Starzl et al, 1981; Iwatsuki et al, 1988). Este sucesso relatado do transplante de fígado com imunossupressão baseada na ciclosporina, no final da década 70 e início da de 80, fez com que uma Conferência de Consenso, realizada em 1983, na cidade de Washington – EUA, considerasse que o transplante de fígado não era mais experimental e recomendava a sua aplicação na prática clínica (*National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement*, 1983). Esta reunião iniciou a era moderna do transplante de fígado e resultou na criação de vários centros nos Estados Unidos, na Europa e estimulou o início das atividades no Brasil.

Outro avanço no regime de imunossupressão foi a introdução do tacrolimus (FK 506), outro inibidor da calcineurina, associado com sobrevivência de um ano do enxerto e do paciente, semelhante à ciclosporina (Starzl et al, 1989). Mais tarde, estudos controlados e multicêntricos comparando estes 2 agentes mostraram resultados semelhantes, mas tacrolimus era associado com poucos episódios de rejeição celular aguda e de rejeição resistente a corticosteróides (Wiesner, 1988).

A partir de 1987, foi introduzida na prática clínica a solução de preservação da Universidade de Wisconsin, também conhecida como solução de Belzer, que propiciou a preservação do fígado por 18 a 24 horas, permitindo que órgãos fossem captados em outros estados (Jamieson et al, 1988; Kalayoglu et al, 1988).

Além da evolução das drogas imunossupressoras, outros importantes avanços no manuseio metabólico e hemodinâmico pelos anestesiólogos, durante o trans-operatório, e o controle mais adequado da hemorragia no leito hepático pelos cirurgiões, permitiram que até 30% dos transplantes de fígado fossem realizados sem transfusões (Cacciarelli et al, 1996). Modificações da técnica cirúrgica, incluindo desvio do sangue portal para a circulação sistêmica por meio de bombas extra-corpóreas e a técnica de preservação da veia cava, também conhecida por método “*piggyback*”, que foi idealizado por Calne e William e amplamente divulgado por Tzakis, permitiram melhor controle do paciente

durante este complexo procedimento (Calne e William, 1968; Tzakis et al, 1989). Todos estes fatos contribuíram para os excelentes resultados atuais do transplante de fígado que elevaram a sobrevida do paciente para cerca de 90% em um ano (Keefe, 2001).

### **INDICAÇÕES GERAIS DE TRANSPLANTE DE FÍGADO**

Os objetivos gerais do transplante de fígado são prolongar a vida e melhorar a qualidade de vida, otimizando as fontes disponíveis. O número de candidatos potenciais para transplante hepático é muito superior ao número de doadores de órgãos. Por isto, a seleção destes candidatos é obrigatória. Haja vista que os fígados de doadores são escassos, a seleção dos candidatos para transplante tem que aproveitar o máximo possível estes órgãos, tentando escolher os receptores com possibilidades de sobrevida pós-transplante razoavelmente elevada (Showstack et al, 1999; Gilbert et al, 1999).

Pacientes com doença hepática terminal devem ser alocados em lista de espera para transplante quando a expectativa de vida baseada na história natural da doença for menor que 90% em um ano, de acordo com o consenso da Sociedade Americana de Transplante e da Associação Americana para Estudo das Doenças do Fígado (Lucey et al, 1997). Transplante de fígado está indicado para muitas causas de falência aguda e crônica do fígado. As mais comuns indicações em adultos são hepatite crônica pelo vírus C e cirrose alcoólica, e as mais comuns indicações de transplante em pacientes pediátricos são atresia de vias biliares e deficiência de alfa1-antitripsina (Reyes e Mazariegos, 1999; Keefe, 2001). Outras indicações comuns, em adultos, incluem as hepatopatias crônicas colestáticas, como cirrose biliar primária e colangite esclerosante primária, hepatite auto-imune, hepatite crônica B, doenças metabólicas, como hemocromatose e doença de Wilson, falência hepática aguda e carcinoma hepatocelular.

Os critérios mínimos, independente de doença específica, são baseados na classificação de Child-Turcotte-Pugh. Pacientes com cirrose hepática com 7 ou mais pontos (Child B ou C) devem ser transplantados. No entanto, pacientes cirróticos com complicações como hipertensão porta, com hemorragia por varizes de esôfago ou com um sim-



plés episódio de peritonite bacteriana espontânea (PBE), independente dos escores de Child, devem ser listados para transplante (Lucey et al, 1997). Estas indicações são baseadas em trabalhos que mostram que a mortalidade em cirróticos com varizes sangrantes de esôfago é tão alta quanto 50% no primeiro episódio (Boyer, 1997). Além disso, a história de sangramento anterior implica alto risco para ressangramento, que é determinado pela severidade da doença hepática, tamanho das varizes e abuso de álcool. A taxa de ressangramento se situa em torno de 60% com mortalidade de 30% (DeFranchis e Primignani, 1992; Grace e Bhattacharya, 1997). Estudos da Universidade de Barcelona indicam que a sobrevivência de um ano em pacientes que tiveram um simples episódio de PBE é de cerca de 38%.

Outras indicações específicas são prurido intratável, doença óssea progressiva e colangite bacteriana recorrente, encontradas principalmente em doenças hepáticas colestáticas. Encefalopatia severa ou recorrente, ascite refratária, fadiga e fraqueza crônica, desnutrição progressiva, desenvolvimento de síndrome hepato-renal e detecção de um pequeno carcinoma hepatocelular são também indicações bem aceitas para transplante (Keeffe, 1995).

O quadro abaixo mostra as principais etiologias em 24.900 transplantes realizados nos Estados Unidos entre 1987 – 1998:

<b>Doença hepática primária</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
Hepatite crônica C	5.155	20,7
Cirrose alcoólica	4.528	17,1
Álcool + Virus C	1.106	4,4
Hepatite Crônica B	1.368	5,5
Cirrose criptogênica	2.719	10,9
Cirrose biliar primária	2.317	9,3
Colangite esclerosante primária	2.178	8,7
Hepatite autoimune	1.194	4,8
Falência hepática aguda	1.555	6,2
Carcinoma hepatocelular	951	3,8
Doenças metabólicas	923	3,7
Outros	1.050	4,2
Desconhecido	126	0,5

## **INDICAÇÕES ESPECÍFICAS DE TRANSPLANTE DE FÍGADO**

As colestases crônicas, incluindo cirrose biliar primária, colangite esclerosante primária e cirrose biliar secundária são indicações bem aceitas para transplante. Os fatores abaixo mencionados identificam os pacientes com probabilidade de sobrevida baixa, permitindo estabelecer o momento adequado do transplante. Quando presente um ou mais desses fatores, devem ser colocados em lista para transplante: bilirrubina sérica > 10 mg/dl; albumina sérica < 2,8 g/dl; ascite; encefalopatia hepática; colangite esclerosante primária com infecção biliar recidivante.

As cirroses de origem não biliar como hepatite B, hepatite C, hepatite auto-imune, cirrose alcoólica e cirrose criptogênica devem ser alocadas para transplante quando apresentarem sinais de descompensação (Child B ou C).

As doenças hepáticas metabólicas resultam em acúmulo ou deposição de quantidades excessivas de produtos metabólicos que causam cirrose e subsequente falência hepática. O defeito pode ser nos hepatócitos como na doença de Wilson, ou o fígado pode ser afetado por deposição de substratos secundários ao aumento na concentração plasmática, como resultado da maior absorção intestinal exógena, como visto na hemocromatose primária ou familiar (Khanna et al, 1999). A hemocromatose primária e a doença de Wilson são os protótipos das doenças metabólicas do fígado que podem ser tratadas por transplante.

As neoplasias malignas primárias do fígado, carcinoma hepatocelular e carcinoma fibrolamelar, podem ter indicação de transplante nas fases iniciais e quando restritos ao fígado. Carcinoma hepatocelular (HCC) é uma das doenças malignas mais comuns do mundo, causando mais de 1 milhão de mortes por ano. Sem tratamento, o prognóstico é fatal com sobrevida média de 6 a 9 meses. Ressecção hepática parcial é geralmente aceita como o tratamento de escolha (Fuster et al, 1996; Otto et al, 1998). No entanto, por incidir principalmente em portadores de doença hepática crônica, a função hepática pobre, o número de tumores ou a sua localização impossibilitam a ressecção em muitos casos. Hepatectomia total com transplante tem sido indicado para estes

casos (Klintmalm et al, 1988; Hemming et al, 2001). Transplante oferece a vantagem de remoção radical mesmo em pacientes com doença multifocal ou cirrose. Ele também remove a possibilidade de lesões metacrônicas se desenvolverem no fígado remanescente e restaura a função hepática normal. O fator limitante é o número reduzido de órgãos doadores. Portanto, só podemos indicar transplante em pacientes com HCC que tenham uma sobrevida semelhante aos transplantados com doença benigna. Quando critérios específicos são selecionados, incluindo tamanho e número de tumores, a taxa de recidiva pode ser reduzida para 10%, em 4 anos, com sobrevida de até 75%, em 5 anos (Molmenti et al, 1999). Os critérios aceitos universalmente para transplante no carcinoma hepatocelular são tumor único até 5 cm e até 3 tumores desde que nenhum deles ultrapasse 3 cm, desde que não haja invasão vascular e doença extra-hepática.

Falência hepática aguda ou hepatite fulminante é uma afecção rara que geralmente leva a consequências devastadoras. É caracterizada por uma disfunção hepática severa e aguda na ausência de doença hepática pré-existente que resulta em icterícia, encefalopatia e coagulopatia (Shakil et al, 1999). As principais causas são hepatite viral, hepatite tóxica-medicamentosa, Doença de Wilson e indeterminada. Transplante de fígado representa o maior avanço no tratamento de falência aguda do fígado. A seleção dos pacientes que apresentarão alta mortalidade com tratamento conservador e que deverão ser submetidos a transplante é baseada em parâmetros clínicos e bioquímicos. Os mais populares foram os estabelecidos pelo King's College de Londres e pelo Hospital Paul-Brousse de Paris (Anexo 2).

A crescente disparidade entre o número de doadores cadavéricos e o número de pacientes esperando por transplante de fígado tem causado elevação da mortalidade pré-transplante e realização de transplantes em pacientes muito graves (Ancelmo et al, 2001). Em geral, pacientes devem se referendados precocemente para facilitar o transplante e antes que falências de outros órgãos ocorram, o que significativamente diminui a sobrevida e aumenta marcadamente os custos (Keefe, 2001).

## **CONTRA-INDICAÇÕES ABSOLUTAS**

À medida que os centros de transplantes adquirem experiência, a lista de contra-indicações vai diminuindo progressivamente. No entanto, pacientes com as patologias discriminadas abaixo não devem ser submetidas a transplante de fígado: Cirrose compensada sem complicações (Child-Turcotte-Pugh A); soropositividade para HIV; doença maligna extra-hepática; colangiocarcinoma; sepse não tratada; doença cardiopulmonar avançada; alcoolismo ativo ou abuso de drogas tóxicas (período de abstinência menor que 6 meses, deteriorização neuropsicológica importante, circunstâncias sócio-familiares desfavoráveis); anormalidades anatômicas que impossibilitem transplante, como trombose portal completa; idade superior a 70 anos; antecedentes de neoplasia maligna extra-hepática com menos de 5 anos, exceto carcinoma basocelular de pele, cérebro e Ca in situ de colo de útero; escassa possibilidade de seguir os controles e tratamentos necessários depois do transplante (Keefe, 1995).

## **FATORES QUE AUMENTAM OS RISCOS DE TRANSPLANTE DE FÍGADO**

### **Idade avançada**

Pacientes com mais de 60 anos apresentam sobrevida pobre e alguns centros não recomendam transplante.

### **Falência renal**

Pacientes considerados para transplante podem apresentar vários graus e tipos de disfunção renal, incluindo síndrome hepato-renal (SHR). É importante distinguir entre SHR, falência renal aguda reversível, e falência renal crônica. Deteriorização transitória da função renal pode estar relacionada a eventos como peritonite bacteriana espontânea, hemorragia gastrointestinal ou com o uso de diuréticos, o que usualmente não é problema, a não ser quando complicada com o desenvolvimento de SHR. Falência renal crônica, secundária a doença renal intrínseca, não é contra-indicação para transplante, mas necessita consideração para transplante simultâneo de rim e fígado (Ammor et al, 2001).

### **Cirurgia hepática prévia**

Cirurgia abdominal prévia traz dificuldades para o cirurgião devido a formação de aderências extensas com os vasos portais, necessitando de dissecação meticulosa e acarretando aumento de perda sanguínea e um longo tempo operatório.

Tendo em vista estas considerações, pacientes com doença hepática crônica e hemorragia incontrolável devem ser tratados preferencialmente com *shunt* sistêmico transjugular (TIPS) e aqueles com estenoses biliares por métodos endoscópicos ou radiológicos.

### **A LISTA DE CANDIDATOS AO TRANSPLANTE DE FÍGADO**

Existe muita discussão em relação à priorização para transplante. Os critérios podem ser por gravidade da doença ou unicamente por tempo em lista de espera. *Diferente do transplante de rim, não há necessidade de realização de HLA ou crossmatch*, sendo a escolha do receptor baseado exclusivamente na compatibilidade ABO e no peso do doador. Fator Rh não é considerado. É aceita uma diferença de peso de até 20% para mais ou menos. Nos Estados Unidos, a priorização é por gravidade, seguindo a estratificação UNOS (*United Network for Organ Sparing*), que é empregada para pacientes maiores de 18 anos (Anexo 3).

No Brasil, seguindo as normas da Central Nacional de Transplantes que foram publicadas após uma ampla discussão com os grupos de Transplante de Fígado, a prioridade é por tempo de lista e compatibilidade ABO. Com exceção dos seguintes casos que são priorizados (**urgência zero**): hepatite aguda fulminante, trombose de artéria hepática < 7 dias de transplante e não função primária do enxerto < 7 dias de transplante.

### **AS TÉCNICAS DO TRANSPLANTE DE FÍGADO COM DOADOR CADÁVER**

Existem atualmente três técnicas operatórias de *transplante ortotópico de fígado com doador cadáver*. A primeira, denominada convencional, implica na utilização de bomba de circulação extra-corpórea após a retirada

em bloco do fígado doente com a veia cava. Esta bomba drena o sangue proveniente da veia cava inferior e veia porta para a veia cava superior através de cânula introduzida geralmente na veia axilar esquerda. Este desvio evita a estagnação sangüínea no território esplâncnico e permite um melhor controle hemodinâmico do paciente (Shaw et al, 1984; Griffith et al, 1985; Wood et al, 1985; Sindhi e Shaw, 1996).

A segunda técnica difere da primeira por não utilizar circulação extra-corpórea, mesmo ressecando a veia cava em conjunto com o fígado. Alguns pacientes podem não tolerar o clampeamento da veia cava supra-hepática e apresentar hipotensão persistente, necessitando da instalação de circulação extra-corpórea.. Por outro lado, mesmo os pacientes que suportam a prova de clampagem da veia cava, geralmente necessitam de aporte de grande volume de soluções salinas e colóides, que podem acarretar efeitos adversos após a revascularização do enxerto.

A terceira técnica, descrita por Calne e William, em 1968, evita a interrupção do fluxo da veia cava inferior, através da dissecação do fígado e sua liberação da veia cava retrohepática até a emergência das veias hepáticas (Calne e William, 1968). Após a retirada do fígado doente, a veia supra-hepática do enxerto é anastomosada diretamente na junção das veias hepáticas, sem a utilização de circulação extra-corpórea. Este método mais conhecido como “*piggyback*”, foi difundido principalmente por Tzakis em transplante pediátrico (Tzakis et al, 1989). Esta técnica vem ganhando a preferência de muitos grupos de transplante por ter custo menor, eliminando o uso de circulação extra-corpórea e evitando complicações relacionadas à mesma, como embolia gasosa, tromboembolismo pulmonar, hemólise e coagulopatias, além de permitir o livre fluxo de sangue pela veia cava (Fleitas et al, 1994; González et al, 1998; Stiber, 1995; Busque et al, 1998; Shokouh-Amiri et al, 20000).

## **NOVAS PERSPECTIVAS PARA AUMENTAR O NÚMERO DE TRANSPLANTES DE FÍGADO**

### **Doador vivo**

Transplante de fígado com doador vivo foi descrito inicialmente em crianças no Brasil (Raia et al, 1998) e posteriormente em adultos no Ja-

pão (Hashikura et al, 1994). Transplante pediátrico com doador adulto vivo era associado com sobrevida de um ano de 82% na experiência inicial de 149 casos da Universidade de Kyoto e estes bons resultados foram reproduzidos em outros centros (Nomata et al, 1996). Em crianças, geralmente são utilizados os segmentos 2 e 3 do fígado do adulto, cirurgia de muito baixo risco para o doador.

Atualmente, por haver mais de 14.000 adultos esperando transplante de fígado somente nos Estados Unidos, numerosas estratégias para aumentar o número de órgãos disponíveis têm sido estudadas. Estas incluem o uso de doadores marginais, a divisão do fígado cadavérico e uso de doadores com o coração parado. Apesar destes esforços aumentarem a eficiência da utilização de órgãos, não alterou significativamente a taxa de mortalidade na lista de espera que geralmente excede 20 % (Harper e Rosendale, 1997). Portanto, a grande vantagem do transplante de fígado com doador vivo é reduzir o tempo na lista de espera, que dependendo do local, varia de 6 meses a 2 anos. Outras vantagens são: primeiro, o paciente recebe o transplante em base eletiva, sem apresentar grandes descompensações clínicas; segundo, o tempo de isquemia fria do enxerto é mínimo; terceiro, o fígado é retirado de um doador saudável e hemodinamicamente estável. O reduzido tempo de isquemia fria e a qualidade do doador contribuem para a quase completa *ausência de disfunção primária do órgão transplantado* (Grewal et al, 2001). Diferentemente da doação para crianças, envolve um procedimento maior como é a hepatectomia direita, que pode acarretar morbidade e até mesmo mortalidade para o doador. Apesar destes riscos potenciais, o transplante de fígado em adultos usando o lobo direito de um doador vivo tem se expandido rapidamente nos últimos anos, com bons resultados reportados por centros nos Estados Unidos (Marcos et al 2000; Marcos 2000; Grewal et al, 2001) e Japão (LO et al, 1997).

O potencial doador é extensamente avaliado, inicialmente por história clínica, exame físico, exames laboratoriais e posteriormente por exames físicos, incluindo cálculo volumétrico do fígado, por tomografia computadorizada ou ressonância magnética, colangiografia por ressonância magnética e arteriografia, visando detectar alguma restrição

anatômica a doação. Portanto, somente uma pequena percentagem de potenciais doadores são candidatos satisfatórios após esta completa avaliação e o transplante de adulto com doador vivo é somente uma solução parcial para o longo tempo de espera nos diversos centros de transplante do mundo (Trotter et al, 2000).

### **DIVISÃO DO ENXERTO (*SPLIT LIVER*)**

A insuficiência de órgãos para transplante e a demanda contínua ampliada por novas indicações, são responsáveis por mais de 95% dos óbitos em lista de espera (Azoulay et al, 2001). Devido o número de órgãos disponíveis ser o fator limitante para a expansão do número de transplantes, várias inovações técnicas têm sido desenvolvidas para aumentar esta relativamente constante quantidade de órgãos. Estes recentes avanços incluem a divisão de um enxerto de doador cadáver e a possibilidade de tratar dois pacientes a partir de um único doador. Inicialmente, este procedimento foi realizado e desenvolvido no transplante pediátrico. Apesar do número de transplantes em crianças ser responsável apenas por 10 a 15% de todos os transplantes de fígado realizados, o número de enxerto total cadavérico com volume compatível para esta população é inadequado. Devido a esta disparidade quantitativa entre doadores e receptores, a taxa de mortalidade pré-transplante reportada se situava entre 25 e 50% em crianças (Emond et al, 1990).

O primeiro transplante com órgão dividido de cadáver foi realizado por Pichlmayr et al, em 1988, que implantou o lobo direito em uma mulher de 63 anos portadora de cirrose biliar primária e o segmento lateral esquerdo em uma criança pequena com atresia biliar (Pichlmayr et al, 1988). Um ano mais tarde, Bismuth et al relataram dois casos de falência hepática fulminante que foram tratados com enxerto parcial (Bismuth et al, 1989). Apesar de ambos os pacientes acordarem do coma e apresentarem sinais de recuperação da função hepática, evoluíram para o óbito no vigéssimo dia, por falência de múltiplos órgãos e por infecção difusa por citomegalovirus, aos 45 dias pós-transplante.

A primeira série publicada com 30 procedimentos em 21 crianças e 5 adultos mostrou resultados bem inferiores aos transplantes com órgão



total, com somente 67% de sobrevivência no grupo infantil e 20% no grupo de adultos. Problemas técnicos eram comuns, com uma taxa de retransplante de 35% e complicações biliares ocorrendo em 27% dos casos (Broelsch et al, 1990).

Em uma série europeia recente, 34 pacientes adultos receberam órgãos parciais, enquanto 88 adultos receberam órgãos totais. A sobrevivência de um ano foi de 81% para o primeiro grupo e de 88% para o segundo grupo (Azoulay et al, 2001). Estes dados mostram que estes procedimentos são factíveis e há uma tendência de melhora crescente dos resultados à medida que os centros adquirem experiências com estas técnicas avançadas.

A divisão do fígado expande o número de órgãos para transplante e pode eliminar a necessidade de doador vivo relacionado para criança. Recentes experiências com esta técnica resulta em taxas de sobrevivência do enxerto e do paciente semelhantes aos transplantes com órgão inteiro (Busuttill e Goss, 1999).

No Brasil, dois grandes marcos contribuíram para a evolução do transplante de fígado: a resolução número 1.346 de 1991, do Conselho Federal de Medicina, que regularizava o diagnóstico de morte encefálica; e a introdução, a partir de 1997, do sistema de lista única, coordenado pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados. Segundo dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, há 42 centros ativos de transplante de fígado no Brasil (realizaram pelo menos um transplante no período de 01/04/2001 a 31/03/2002). No ano de 2001, foram realizados 562 transplantes de fígado no Brasil, sendo 473 casos (84,16%) com doador cadáver e 89 (15,84%) com doador vivo. No entanto, somente 27 destes centros estão ativos no primeiro trimestre de 2002, quando foram realizados 137 transplantes distribuídos principalmente nas regiões sudeste e sul do país. O estado de São Paulo fez 75 destes 137 transplantes, o que corresponde a 54,74% dos casos. Em seguida o estado do Paraná (25 transplantes), Rio Grande do Sul (14 transplantes), Rio de Janeiro (10 transplantes), Minas Gerais (09 transplantes). Nenhum transplante de fígado foi realizado nas regiões norte e centro oeste. No nordeste, somente o estado

de Pernambuco fez transplante hepático no primeiro trimestre de 2002 com 04 casos (Registro Brasileiro de Transplantes, número 1, janeiro/março 2002). Estes dados revelam o profundo desequilíbrio socioeconômico entre as diversas regiões do Brasil, principalmente quando comparadas as regiões sul e sudeste com as regiões norte, nordeste e centro-oeste. Provavelmente os pacientes hepatopatas crônicos destas regiões menos favorecidas estão tendo óbito sem terem a chance de receber um enxerto hepático, haja vista que não conseguem se inscrever nas longas filas de espera dos estados do sul e sudeste do Brasil. Outro fato preocupante é que o número de transplantes de fígado se estabilizou no país, variando de 139 casos no segundo trimestre de 2.000, 148 casos no terceiro trimestre de 2.001 e 137 casos no primeiro trimestre de 2.002. Por outro lado, as indicações de transplante de fígado aumentam progressivamente sem o respectivo aumento do número de doadores, o que acarreta tempo elevado na lista de espera com conseqüente alta taxa de mortalidade que pode exceder 30%, dependendo do região pesquisada (Harper e Rosendale, 1997). É imprescindível que novos centros de transplante de fígado sejam estimulados e criados nas regiões norte, nordeste e centro oeste, para que os órgãos provenientes destas regiões sejam aproveitados e vidas possam ser salvas.

Desde maio de 2002, o Ceará é o terceiro estado do norte-nordeste a implantar um serviço de transplante de fígado clínico, tendo como alicerce um programa de transplante experimental em suínos. É importante que os resultados iniciais sejam analisados e comparados com os de outros centros nacionais e internacionais.

## **OBJETIVOS**

1. Descrever um modelo experimental que serviu de base para implantação para um centro de transplante clínico de fígado.
2. Avaliar os resultados iniciais em um Serviço de Transplante de Fígado que emprega a técnica de *piggyback*

## **III - MÉTODOS**

### **1. Transplante Hepático Experimental**

Foram utilizados 22 porcos da raça Landrace, sexo feminino, com

peso entre 20 e 25 Kg, adquiridos na Faculdade de Medicina Veterinária da Universidade Estadual do Ceará.

### **1.a. A anestesia**

Indução anestésica com midazolam e succinilcolina. Entubação oro-traqueal e anestesia inalatória com etrane.

### **1.b. A técnica do transplante em suínos**

Do ponto de vista experimental, o transplante ortotópico de fígado tem sido realizado em vários centros e seus aspectos estão bem estabelecidos. Após cateterização de uma veia dos membros superiores, indução anestésica e entubação endotraqueal, foi realizada uma cervicotomia esquerda com canulação da veia jugular externa e artéria carótida para monitorização da pressão arterial média. A hepatectomia do doador é realizada através de laparotomia mediana ampla. Esta intervenção é executada procurando-se reduzir ao mínimo o trauma cirúrgico, manuseando-se com extremo cuidado as estruturas viscerais. É efetuada, inicialmente, a dissecação da veia cava inferior infra-hepática, com ligadura dos vasos colaterais, seguindo-se a dissecação e reparo da veia porta. O colédoco e os vasos pilóricos são ligados juntos ao duodeno. A aorta infra-renal é isolada, colocando-se um catéter neste vaso para posterior perfusão com Ringer lactato a 4° C. A aorta supracelíaca é dissecada e reparada. A veia cava supra-hepática é a última estrutura a ser dissecada, para se evitar alterações do retorno venoso, com conseqüente lesão do órgão. A veia porta é, a seguir, canulada. A perfusão do fígado é realizada simultaneamente pelas cânulas da aorta e da veia porta com Ringer lactato a 4° C. Em seguida, o órgão é retirado e reperfundido, pela veia porta, com solução de Collins e imerso nesta solução de preservação a 4° C.

A intervenção no receptor é simultânea àquela do doador. No receptor, a operação segue os mesmos princípios da cirurgia do doador, no sentido de se manusear o mínimo possível os tecidos intra-abdominais. As estruturas que entram e saem do fígado são isoladas, sendo a veia cava supra-hepática a última a ser dissecada. O colédoco é ligado, bem como os ramos hepáticos da artéria hepática comum. A veia porta é ligada e seu coto distal canulado, para iniciar a derivação porta-jugular. O desvio de sangue do território portal para a circulação sistêmica é

auxiliado por uma bomba de rolete usada convencionalmente nos procedimentos hemodialíticos. O fígado é retirado, após dissecação e secção da veia cava infra e supra-hepática. Clampes vasculares ocluem a veia cava e artéria hepática. O fígado do doador é posicionado no mesmo local, iniciando-se pela anastomose cavo-cava supra-hepática, seguida da anastomose arterial e da veia porta, retirando-se a derivação porto-jugular. Após revascularização do fígado, procede-se à anastomose cavo-cava infra-hepática e colédoco-coledocociana término-terminal.

## **2. Transplante Hepático em humanos**

De maio a agosto de 2002, foram realizados no Hospital Universitário Wálter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, 05 transplantes ortotópicos de fígado a partir de doador cadáver, sendo 04 do sexo masculino e 01 do sexo feminino. A idade variou de 15 a 58 anos, com média de 39 anos. As doenças que indicaram o transplante foram:

- Cirrose por virus C = 03 casos
- Cirrose por virus C + álcool = 01 caso
- Hepatite fulminante = 01 caso

De acordo com a classificação de Child-Trucotte-Pugh para doenças hepáticas crônicas, 03 pacientes eram Child C e 01 Child B. Uma paciente era portadora de insuficiência hepática aguda grave, não contemplada por esta classificação. A seleção do receptor foi pela ordem de inscrição na lista única da Central de Transplantes do Ceará, com exceção do caso de hepatite fulminante, que foi priorizado de acordo com as normas nacionais vigentes. Foi obedecida a compatibilidade sanguínea ABO, sendo o fator RH não considerado.

Os doadores apresentavam morte encefálica comprovada por duas avaliações neurológicas com intervalo de 6 horas e por eletroencefalografia. As causas da morte foram: tumor primário cerebral (01), acidente vascular cerebral (01), trauma crânio-encefálico (03). A idade dos doadores variou de 20 a 46 anos, com média de 33,6 anos.

### **2.1. Critérios de exclusão do doador**

Hipotensão persistente e refratária a drogas vasoativas; AST e ALT acima de 3 vezes do valor normal; uso de altas doses de catecolaminas, pois acarreta diminuição do fluxo sanguíneo para o fígado; sódio acima

de 160 mEq/l e não corrigido no pré-operatório, porque hipernatremia tem sido associada com disfunção precoce do enxerto; história de neoplasia maligna, exceto de pele, cérebro e Ca in situ de colo uterino; história de comportamento de alto risco, incluindo uso de drogas intravenosas, múltiplos parceiros sexuais e idade superior a 60 anos.

Uma vez decidido pela aceitação do doador, a Enfermeira coordenadora do Serviço de Transplante de Fígado chamava o receptor ABO compatível e primeiro da lista, para que fosse internado no Hospital Wálter Cantídio. Eram realizados, em caráter de urgência, os seguintes exames: Raio X de tórax, hemograma, uréia, creatinina, sódio, cloro, potássio, cálcio iônico, plaquetas, TAP, TPTA, fibrinogênio e albumina. O Banco de Sangue providenciava 10 concentrados de hemácias, 10 unidades de plasma fresco e 20 unidades de plaquetas (ou 2 transfusões por aférese). Quando o cirurgião que realizava a laparotomia para extração do fígado, confirmava a viabilidade do órgão para transplante, o receptor era encaminhado à sala de cirurgia, onde o anesthesiologista iniciava o procedimento, através da instalação das vias de acesso arterial e venosa.

## **2.2. Seleção final do candidato para Transplante**

Antes da seleção final para alocar o candidato em lista de espera, este era submetido a uma ampla avaliação pré-operatória com o propósito de descobrir contra-indicação absoluta ou relativa e para definir o estado atual de doenças sistêmicas.

Após a avaliação pré-transplante ser concluída, o candidato era apresentado ao Comitê de Transplante de Fígado que é composto por cirurgiões, hepatologistas e anesthesiologistas. Cabia a este Comitê, a decisão final de alocar este paciente de imediato na lista única de transplante de Fígado da Central de Transplantes do Estado do Ceará, de solicitar revisão do caso após um determinado período ou de contra-indicar o procedimento. Este Comitê se reúne todas as quintas feiras às 12 horas no anfiteatro do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

Uma vez aceito como candidato ao transplante, uma ficha específica era preenchida e entregue à secretária que encaminharia, no prazo máximo de 24 horas, à Central de Transplantes do Ceará.

### 2.3. A Hepatectomia do Doador

1. Incisão mediana da fúrcula esternal à sínfise púbica e avaliação do fígado.
2. Identificação anatômica da artéria hepática e suas variações.
3. A aorta distal é dissecada imediatamente acima da bifurcação em ilíacas, a artéria mesentérica inferior é ligada e seccionada para melhor exposição. Em seguida, a aorta é circulada com 2 fios de algodão 0.
4. Dissecção e reparo da veia cava infra-renal com fio de algodão 0.
5. Dissecção e reparo duplo da veia mesentérica inferior.
6. Dissecção e reparo da artéria hepática comum.
7. Dissecção e reparo da aorta imediatamente abaixo do diafragma com fio algodão 0, seccionando o pilar diafragmático direito.
8. Heparinização sistêmica com 300 U/kg.
9. Ligadura distal da aorta e inserção de uma cânula tipo sonda de Levine número 20, tendo-se o cuidado para não ultrapassar a origem das artérias renais.
10. Ligadura distal da veia mesentérica inferior e inserção de sonda de Levine 12, palpando-se a extremidade da sonda na veia porta acima da cabeça do pâncreas e abaixo da bifurcação portal. Se houvesse dificuldade de passagem ou posicionamento da sonda, disse-cava-se a veia mesentérica superior na raiz anterior do mesentério.
11. Ligadura da aorta supracelíaca e início da perfusão pela aorta distal. Início: 2 Litros de Solução de Collins a 4° C
12. Secção da junção veia cava – átrio direito na cavidade pericárdi-ca para drenagem livre.
13. Ligadura da veia cava infra-renal.
14. Início da perfusão pela veia mesentérica com 1 litro de solução da Universidade de Wisconsin (WU) a 4° C.
15. Nesta ocasião, após confirmação da viabilidade do órgão pelo cirurgião, a enfermeira do Serviço de Transplante avisava aos cirurgiões e anestesiológicos para que fosse iniciado o procedimento no receptor. Isto era de suma importância para diminuir

o tempo de isquemia fria, principal responsável pelo não funcionamento primário do enxerto.

16. A vesícula biliar era aberta e irrigada com Ringer gelado até não haver mais bile.
17. Resfriar fígado e rins com Ringer em forma de gelo picado.
18. Enquanto a perfusão estava sendo realizada: dissecação, ligadura distal do colédoco e irrigação da via biliar com Ringer gelado; secção do pequeno omento em torno do estômago; continuação da dissecação da artéria hepática, em direção à aorta, com ligadura da artéria gastroduodenal, esplênica e gástrica esquerda, o mais distante possível da artéria hepática.
19. Após o término da perfusão: dissecação e secção distal da veia porta; dissecação e secção da artéria mesentérica superior (AMS), após examinar os 3cm proximais e afastar origem de artéria hepática direita; tração cranialmente da AMS e secção da aorta logo acima da origem das renais; abertura longitudinal da aorta pela borda esquerda, vendo por dentro a origem do tronco celíaco; secção da aorta supracelíaca; secção da cava infrahepática e suprarrenal; secção do diafragma ao nível do hiato, mantendo o diafragma aderido ao fígado; secção do ligamento triangular direito; retirada do fígado.
20. O Fígado era colocado em uma bacia inox revestida por 2 sacos plásticos, contendo gelo picado abaixo. Iniciava-se nova perfusão com 1000 ml de Solução WU: 500 ml pela artéria hepática e 500 ml pela veia porta.
21. O Fígado envolto com esta solução WU era colocado em 2 sacos plásticos amarrados individualmente após a retirada do ar. Em seguida, acondicionado com gelo em recipiente térmico específico.
22. Após retirada em bloco dos rins pela equipe urológica, os vasos ilíacos internos e externos eram dissecados desde a bifurcação até a região inguinal. Estes vasos (veia e artéria) eram acondicionados em vidros estéreis contendo solução WU e guardados sob refrigeração a 4° C por 30 dias. Podem ter grande utilidade como enxertos, nos casos de trombose de artéria hepática ou de veia porta.

#### **2.4. Preparo do Enxerto (“Back table”)**

Para diminuir o tempo de isquemia fria, este preparo do órgão era realizado na mesma sala onde já se tinha iniciado a hepatectomia do receptor. Durante este procedimento, o fígado doador estava submerso em solução de preservação entre 0-4°C. O tecido diafragmático era removido da veia cava supra-hepática com ligadura das veias frênicas. Injetava-se solução de preservação pela veia cava, porção supra e infra-hepática, para pesquisar ramos abertos ou pequenas lesões que eram reparadas. A veia porta separada do seu tecido conectivo até próximo da bifurcação. A artéria celíaca dissecada da aorta até o nível da artéria hepática comum, entre a artéria esplênica e gastroduodenal, que eram ligadas. Injetava-se também solução WU pela artéria hepática e veia porta para avaliar vazamentos.

#### **2.5. Anestesia em Transplante de Fígado**

Eram implantados acesso venoso periférico em membro superior esquerdo de grosso calibre (jelco 14), punção e cateterização de artéria radial para controle da pressão arterial média e catéter de Swan-Ganz em veia jugular interna direita para medição de pressão capilar pulmonar.

Os pacientes foram induzidos com etomidato e atracúrio. A anestesia foi mantida com isofluorano e fentanil.

A reposição volêmica era de acordo com as perdas, procurando recuperar o sangue autólogo através de Cell Saver. Caso hematócrito caísse abaixo de 25%, transfundia-se concentrado de hemácias.

O controle da coagulação foi realizado com quantificação do número de plaquetas, tempo de protrombina, tempo parcial de tromboplastina ativado e dosagem de fibrinogênio em várias fases da cirurgia e sempre que havia perdas sanguíneas importantes, de causa cirúrgica, ou quando a hemorragia não se justificava pela cirurgia.

A correção do tempo de protrombina durante esta fase seria feita com plasma fresco congelado somente se fosse menor que 35%.

A administração de plaquetas era feita mediante evidência de hipersplenismo ou sangramento importante, com contagem de plaquetas inferior a 50.000/mm<sup>3</sup> de sangue.

A administração de crioprecipitado estava unicamente justificada



quando a cifra de fibrinogênio fosse menor que 0,6 /l e o estado hemodinâmico do paciente não permitisse grandes infusões de plasma fresco.

### **2.6. A Hepatectomia pela Técnica de *piggyback***

1. Incisão subcostal bilateral com extensão mediana.
2. Aposição do afastador com retração dos rebordos costais e exposição do fígado.
3. Secção do ligamento triangular esquerdo com eletrocautério.
4. Divisão ampla do pequeno omento.
5. Dissecção da artéria hepática própria. Secção com ligadura da artéria hepática acima da bifurcação.
6. Dissecção do colédoco com secção acima do cístico.
7. Exposição da veia porta na borda superior do pâncreas e dissecção até o hilo hepático para criar um vaso longo para a reconstrução. Manter o fluxo portal para não causar congestão intestinal.
8. O ligamento triangular direito seccionado e o fígado separado do diafragma.
9. Dissecção da veia cava retro-hepática, deixando a glândula adrenal no retroperitônio; ligadura proximal e distal de múltiplas pequenas veias hepáticas, incluindo a veia hepática direita inferior quando presente.
10. Clamp vascular na veia porta proximal ao fígado, secção com ligadura do coto hepático. Início da fase anepática.
11. Retração do lobo lateral esquerdo para exposição do lobo caudado; abertura do peritônio entre o caudado e a cava; mobilização do lado esquerdo do caudado da cava.
12. Dissecção da veia hepática direita (VHD), clampeamento com pinça vascular semicurva e secção o mais próximo possível do parênquima hepático. Passagem de pinça vascular longa e curva no tronco veia hepática média-esquerda (VHME) e secção após a bifurcação. Retirada do órgão.
13. Aposição de um clamp vascular longo, curvo, tipo Satinsk, transversal à cava, clampeando as 2 veias hepáticas e cerca de 1 cm da cava.

14. Abertura da junção VHME e da veia cava em direção à VHD, transformando-a em uma só venotomia.

### **2.7. O Implante do Enxerto pela técnica *piggyback***

1. O enxerto é posicionado sobre o campo operatório e a veia cava suprahepática é tracionada com pinças vasculares. Geralmente é um pouco longa, sendo seccionada a cerca de 1 cm do parênquima hepático, com o propósito de evitar angulação. Anastomose contínua com fio de polipropileno 4.0 entre a veia cava suprahepática do enxerto e as 3 veias hepáticas do receptor.
2. Preparo da veia porta, tendo-se o cuidado para não ficar redundante. Ressecção do excesso de veia porta do enxerto. Anastomose contínua com polipropileno 6.0, com fator de crescimento correspondente a 1/3 do diâmetro da veia porta. Antes do término da anastomose, uma sonda de nelaton número 12 é introduzida na porta em direção ao fígado e iniciado a irrigação com 1000 ml de solução de Ringer em temperatura ambiente, com a finalidade de evacuar através da cava inferior resíduos das soluções de preservação que apresentam altas concentrações de potássio.
3. Ligadura dupla da veia cava infra-hepática do enxerto.
4. Liberação do clamp da veia porta e revascularização do enxerto.
5. Reconstrução arterial realizada com cautela através de lupas. A primeira opção foi a anastomose da artéria celíaca do doador com a junção artéria hepática-gastroduodenal do receptor. Outra opção é anastomosar ao nível da artéria esplênica. Se a artéria hepática direita do receptor for originada da mesentérica superior, esta pode ser usada para reconstrução, desde que tenha um bom calibre. Anastomose contínua com polipropileno 7.0 .
6. Colectomia.
7. Reconstrução biliar: anastomose ducto-ductal. A anastomose por nós utilizada foi término-terminal, com sutura contínua posterior e anterior com pontos separados de fio absorvível monofilamentar 6.0 (PDS).

8. Colangiografia per-operatória pelo dreno de Kehr para avaliar posicionamento do dreno, vazamentos peri-anastomóticos e passagem de contraste para o duodeno.
9. Biópsia em cunha do segmento III.
10. Revisão criteriosa da hemostasia.

## **2.8. Imunossupressão**

Após revascularização do fígado pela veia porta, administrava-se por via endovenosa 1,0 g de metilprednisolona. No pós-operatório, todos os 05 foram mantidos com tacrolimus (FK 506) na dose de 0,1 mg/Kg, dividida em 2 doses, às 8 e 20:00 h, por via oral ou SNG e prednisona na dose de 20 mg/dia. Os níveis desejados do FK se situavam entre 10 – 20 ng/ml no primeiro mês.

**2.9. Antibioticoprofilaxia:** iniciada no centro cirúrgico e mantida por 24h (cefazolina e ampicilina na dose 1 g EV de 6/6 h).

**2.10. Transfusões:** as condições adotadas para as primeiras 24 horas pós-transplante incluíam a manutenção do hematócrito em torno de 30%, do tempo de protrombina, em 50% e da contagem de plaquetas, em 50.000/mm<sup>3</sup>, independente da presença de hemorragia. Depois de 24 horas, esta conduta não era mais seguida, a não ser que existissem indícios de hemorragia ativa ou se fosse realizado uma exploração invasiva. Plasma fresco e os concentrados de hemácias e de plaquetas eram os hemoderivados de eleição para se obter os níveis desejados.

**2.11. Ventilação assistida:** era mantida o tempo necessário para comprovar a estabilidade hemodinâmica do paciente (2 – 6 h). Uma vez assegurada, e independente dos sinais de funcionamento do enxerto, iniciadas as manobras de extubação, se o nível de consciência e a capacidade respiratória forem adequadas.

**2.12. Funcionamento do enxerto:** durante os primeiros dias pós-transplante, eram avaliados através do nível de consciência, produção de bile, capacidade de síntese dos fatores de coagulação e níveis de transaminases séricas. A falência ou disfunção primária do enxerto se definia pela incapacidade de manter o tempo de protrombina acima de 50%, ausência de produção de bile e hipertransaminasemia importante nas 96 horas pós-transplante.

### **2.13. Exames de controle pós-operatório**

Hemograma, plaquetas, proteínas, glicemia, uréia, creatinina, sódio, cloro, potássio, cálcio iônico, magnésio, AST, ALT, gama-GT, LDH, fosfatase alcalina, bilirrubinas, TAP c/ INR, TPTA eram solicitados diariamente na primeira semana. Os níveis séricos de tacrolimus era medidos 3 vezes por semana.

### **2.14. Critérios de Alta Hospitalar**

Após o 10º dia de pós-operatório com normalização da função hepática, sem sinais clínicos e laboratoriais de rejeição aguda e sem sinais de infecção.

**2.15. Profilaxia para protozoários (*Toxoplasma gondii* e *Pneumocystis carinii*):** iniciada a partir da ingesta oral e mantida durante o primeiro ano. O fármaco indicado foi sulfametoxazol + trimetropim (400 mg), 2 vezes ao dia, via oral, administrado segundas, quartas e sextas-feiras.

### **2.16. Acompanhamento Ambulatorial**

**Primeiro mês:** avaliação 2 vezes por semana pelo mesmo hepatologista ou cirurgião, com exame clínico completo e solitação de exames específicos como: hemograma, plaquetas, sódio, potássio, cálcio, magnésio, fósforo, TAP, uréia, creatinina, bilirrubinas, AST, ALT, gama-GT, glicemia, fosfatase alcalina e níveis séricos de tacrolimus. As doses eram modificadas de acordo com a toxicidade principalmente renal, mas com o objetivo de manter o nível sérico neste primeiro mês entre 10 e 20 ng/ml. Mantida prednisona na dose de 20 mg/dia e profilaxia para *P. carinii* com 800 mg ao dia de sulfametoxazol + trimetropim 2ª, 4ª e 6ª feiras. Ultrassom com doppler de rotina. Se houvesse suspeita clínica de rejeição aguda, em virtude da elevação das enzimas hepáticas, biópsia hepática percutânea estava indicada.

**Segundo mês:** avaliação semanal. Além dos exames de rotina, avaliar indicação de exames específicos como sorologia viral. As doses de tacrolimus eram diminuídas gradualmente para manter os níveis em torno de 10 ng/ml. A dose de prednisona passava para 15 mg/ dia e a profilaxia para *P. carinii* era mantida.

**Terceiro mês a 1 ano:** avaliação quinzenal até o 6º mês e em seguida mensal. Exames de rotina. Ao final do terceiro mês, iniciava-se redução

da dose de tacrolimus para manter os níveis séricos entre 5 –10 ng/ml e diminuição da dose de prednisona até a sua suspensão total. Profilaxia para *P. Carinii* por 1 ano.

## **RESULTADOS**

### **1. Transplante hepático experimental**

Foram avaliados, no trans-operatório, hemorragia intra-peritoneal e perfusão hepática. A finalidade era treinar a avaliação da viabilidade técnica do transplante hepático em suínos. A maioria dos animais eram sacrificados no final do procedimento. No entanto, dois animais foram extubados e acondicionados em gaiolas de ferro para avaliar sobrevivência. Não foi administrado nenhum tipo de imunossupressor. Um suíno sobreviveu em boas condições clínicas por 10 dias.

### **2. Transplante hepático clínico**

Entre 17 de maio e 05 de setembro de 2002, foram realizados 05 transplantes ortotópicos de fígado, a partir de doador cadáver, sendo 04 do sexo masculino e 01 do sexo feminino. A idade variou de 15 a 58 anos, com média de 39 anos. As doenças que indicaram o transplante foram:

- Cirrose por vírus C = 03 casos
- Cirrose por vírus C + álcool = 01 caso
- Hepatite fulminante = 01 caso

De acordo com a classificação de Child-Trucotte-Pugh para doenças hepáticas crônicas, 03 pacientes eram Child C e 01 Child B. Uma paciente era portadora de insuficiência hepática aguda grave, não contemplada por esta classificação.

A técnica empregada em todos os casos foi com preservação de veia cava (*piggyback*); em 03 casos foi anastomosada a veia cava supra-hepática do doador com as 3 veias hepáticas (direita, esquerda e média) do receptor; nos outros dois casos, a veia cava do doador foi anastomosada com a junção das veias hepática esquerda e média

A duração da cirurgia variou de 7,4 a 10 horas, com média de 9 horas e cinco minutos.

O tempo de isquemia fria, compreendido entre o pinçamento da

aorta do doador durante a captação do fígado e a ravascularização do enxerto pela veia porta, variou de 5,3 a 12 horas, com média de 7 horas e cinquenta e dois minutos

A anatomia da artéria hepática e suas variantes estão demonstradas na Tabela 1. A variação anatômica mais comum foi a artéria hepática direita originando-se da artéria mesentérica superior, presentes na mesma proporção no doador e receptor.

<b>ANATOMIA ARTERIAL (número de casos)</b>		
	<b>Doador</b>	<b>Receptor</b>
Art. Hepática D. originária da Art. Mesentérica Superior	02	02
Art. Hepática E. originária da Gástrica Esquerda	01	-
Art. Hepática Comum originária do Tronco Celíaco	02	03

Tabela 1: Anatomia da artéria hepática

O número de transfusões trans-operatórias está representado na Tabela 2. O caso 4 recebeu o maior número de concentrado de hemácias, enquanto o caso 2 não recebeu este tipo de transfusão.

<b>TRANSFUSÃO PER-OPERATÓRIA (unidades)</b>				
	<b>Concentrado de Hemácias</b>	<b>Plasma Fresco</b>	<b>Concentrado de Plaquetas</b>	<b>Crioprecipitado</b>
<b>CASO 1</b>	03	04	10	0
<b>CASO 2</b>	0	04	0	0
<b>CASO 3</b>	02	06	0	0
<b>CASO 4</b>	05	10	0	0
<b>CASO 5</b>	04	07	15	10

Tabela 2: Transfusões per-operatórias

As complicações precoces foram aquelas diagnosticadas durante o primeiro internamento e as complicações tardias após a alta hospitalar (Tabelas 3 e 4). Entre as complicações precoces, destacam-se 2 disfunções primárias do enxerto (casos 4 e 5), sendo que um deles evoluiu com recuperação completa do fígado (caso 4) e o outro (caso 5) com falência de múltiplos órgãos e óbito. Entre as complicações tardias, destacam-se 02 fistulas biliares, que foram diagnosticadas após 30 dias do transplante; o caso 2 apresentou bilioma devido à necrose do colédoco

distal com restante da via biliar proximal bem vascularizada e artéria hepática pérvia, sendo tratado com sucesso através de hepato-jejunosomia em Y de Roux. Já o caso 4 apresentou necrose de toda a via biliar com arteriografia revelando trombose de artéria hepática, sendo tratado com sucesso através da anastomose de uma alça jejunal na placa hilar.

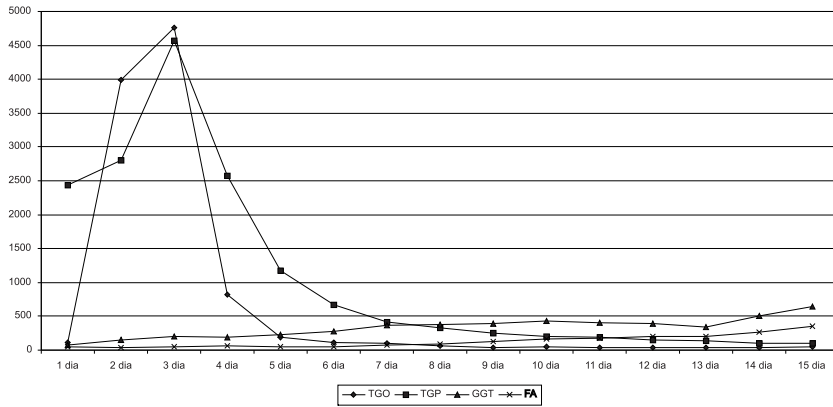
<b>COMPLICAÇÕES PRECOSES</b>	
	<b>Nº de casos</b>
Infecção da Ferida Cirúrgica	-
Disfunção do Enxerto	02
Pneumonia	01
Rejeição Aguda	-
Peritonite Bacteriana	01
Reoperações	02

<b>COMPLICAÇÕES TARDIAS</b>	
	<b>Nº de casos</b>
Fístula Biliar	02
Trombose Art. Hepática	01
Herpes Genital	01
Reoperações	02

Os 3 primeiros casos que apresentaram boa evolução e receberam alta sem maiores complicações, evoluíram com queda progressiva das enzimas hepáticas (AST, ALT, fosfatase alcalina e gama GT) até normalização dos seus níveis séricos.

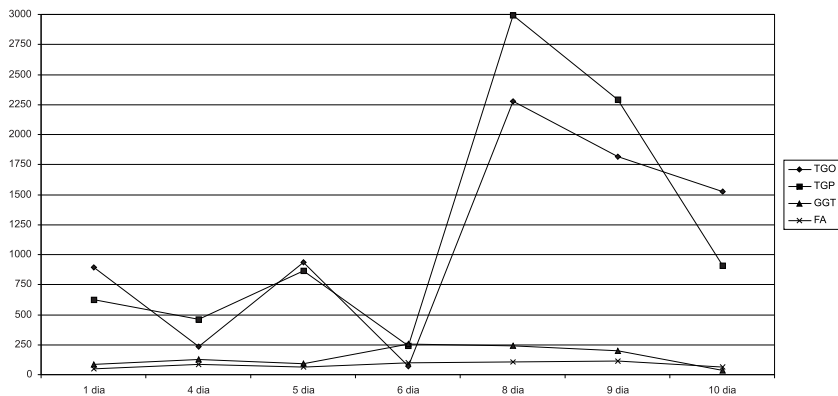
O gráfico 1 representa a evolução das enzimas hepáticas do caso 4 que evoluiu com disfunção grave do enxerto e óbito. Observa-se um pico de elevação de AST e ALT, no 8º dia, configurando lesão isquêmica importante e falência do fígado.

## Enzimas Hepáticas, Caso 5



O gráfico 2 representa o caso 5 (hepatite fulminante), demonstrando uma acentuada elevação dos níveis séricos de AST e ALT, nos três primeiros dias pós-transplante, compatível com disfunção precoce do enxerto. No entanto, em seguida, ocorrem uma queda progressiva destas enzimas até a normalização dos seus níveis, refletindo restauração completa da função hepática, o que possibilitou alta hospitalar no 29º dia.

## Enzimas Hepáticas caso 4





## **DISCUSSÃO**

### **O Programa de Transplante de Fígado do Hospital Universitário Wálter Cantídio da Universidade Federal do Ceará**

O objetivo de implantar um Centro de Transplante de Fígado no Ceará foi iniciado pelo Professor Antônio Lacerda Machado, quando nos anos de 1972 e 1973, estagiou na Unidade de Fígado do King's College Hospital Medical School da Universidade de Londres, sob a orientação do Professor Roger Williams. Dando continuidade ao seu treinamento, estagiou em seguida no Serviço de Transplante de Rim e Fígado do Professor Roy Y. Calne da Universidade de Cambridge, centro de referência mundial no desenvolvimento de transplantes de órgãos. Quando o Professor Machado retornou ao Hospital Universitário Wálter Cantídio, reconhecendo que naquela ocasião não havia condições estruturais para implantar um programa de Transplante de Fígado, fundou conjuntamente com o Professor Roberto Marques, o Centro de Doenças Hépató-Renais e realizou, em 1977, o primeiro Transplante de Rim do Nordeste.

Estamos de acordo com a frase do Professor Starzl: “É inverossímil que alguém tente um Transplante Hepático Clínico sem uma recapitulação pessoal prévia em laboratório, pelo menos alguma experiência anterior em suínos ou cães”. Há 2 anos, este projeto foi reiniciado no Laboratório de Cirurgia Experimental do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, onde esta equipe realizou rotineiramente Transplante de Fígado experimental em suínos, etapa importante no treinamento de cirurgiões e anesthesiologistas.

Ao mesmo tempo, cirurgiões, anesthesiologistas e hepatologistas receberam treinamentos específicos em Centros do Sudeste do Brasil, como na Unidade de Fígado do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e no Serviço de Transplante de Fígado do Hospital Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Outros membros estagiaram em serviços de referência no exterior, como o Hospital Clinic e Provincial da Universidade de Barcelona – Espanha.

No Brasil, transplante de fígado é realizado em São Paulo, Rio de

Janeiro, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul. No norte-nordeste, somente Pernambuco realiza este tipo de procedimento há alguns anos e Bahia iniciou recentemente. Estudos mostram que em média há necessidade de 15 a 20 transplantes por milhão de habitantes por ano. Portanto, o Estado do Ceará com cerca de 6 milhões de pessoas, necessitaria de 90 a 120 transplantes por ano. Estes pacientes estavam morrendo em hospitais por falta do único tratamento eficaz, o transplante. Desde maio de 2002, este serviço encontra-se ativo e realizando rotineiramente transplante de fígado, sempre que há doador cadáver disponível.

### **A ESCOLHA DA TÉCNICA DO TRANSPLANTE**

A hepatectomia clássica do receptor inclui a remoção do fígado em bloco com a veia cava. A interrupção da veia cava inferior suprahepática diminui drasticamente o retorno venoso para o coração, acarretando instabilidade hemodinâmica. No *bypass* veno-venoso (BVV), cânulas introduzidas nas veias porta e femoral drenam o fluxo portal e da veia cava para o coração através de uma outra cânula na veia axilar, facilitando a estabilidade hemodinâmica (Shaw et al, 1984). Apesar deste efeito benéfico, o BVV é associado com complicações como tromboembolismo, embolia gasosa, seromas e infecções de ferida, além de aumentar muito os custos pela utilização de máquinas de circulação extra-corpórea, catéteres e pessoal adicional (Navalgund et al, 1988). Em adição, a excisão caval e a bomba de *bypass* tem sido associada a injúria capilar global, causando uma grande perda de fluidos no terceiro espaço no pós-operatório (Shokouh-Amiri et al, 2000).

Em 1968, Calne e William descreveram pela primeira vez a preservação da veia cava retrohepática durante a hepatectomia do receptor, técnica chamada de “*piggyback*” (Calne e William, 1968). Desde 1989, Tzakis et al têm usado esta técnica principalmente em crianças (Tzakis et al, 1986). Mais recentemente, muitos serviços a têm utilizado como método preferencial (Busque et al, 1998; Shokouh-Amiri et al, 2000), tendo sido observado diminuição do tempo de isquemia quente por eliminação da anastomose caval infrahepática, eliminação da necessidade de BVV na maioria dos casos e facilitação do retransplante.

O maior impacto da técnica de “*piggyback*” é sobre os eventos cirúrgicos, particularmente na duração da fase anepática. Por causa das significantes alterações hemodinâmicas que ocorrem durante o clampamento da veia cava, a realização de hepatectomia total sem clampar veia cava e com sua preservação, resulta em melhor manutenção da temperatura corporal. Pela maior estabilidade da temperatura corporal e por evitar um *shunt* externo de sangue através de bomba e catéteres, coagulopatia e perda de fluidos para o terceiro espaço são reduzidas. Esta perda menor de fluidos e sangue diminui a necessidade de transfusão, contribuindo ainda mais para a estabilidade da temperatura corporal (Shokouh-Amiri et al, 2000). A divisão de transplante da Universidade de Tennessee-Memphis, em estudo prospectivo comparando transplante convencional com *bypass* e “*piggyback*”, observou diminuição do tempo cirúrgico, da necessidade de transfusão, da permanência em unidade de terapia intensiva e hospitalar, que resultou em redução do custo final do transplante no segundo método.

No método “*piggyback*” original, a veia cava do enxerto é anastomosada na confluência da veia hepática média e esquerda. No entanto, alguns autores relataram o desenvolvimento de ascite maciça devido a pressão elevada nas veias hepáticas, quadro semelhante à síndrome de Budd-Chiari. Atualmente, a maioria dos serviços que empregam esta técnica utilizam a confluência das 3 veias hepáticas (direita, esquerda e média) para a anastomose com a cava do enxerto (Parrilla et al, 1999; Azoulay et al, 2000)

Por todos estes aspectos acima discutidos e tendo como referência serviços com larga experiência que adotam preferencialmente a técnica de “*piggyback*”, como a Unidade de Fígado do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, com mais de 500 transplantes e o Serviço de Transplante de Fígado do Hospital Clinic da Universidade de Barcelona, com mais de 850 transplantes, o Serviço de Transplante de Fígado do Hospital Universitário Wálter Cantídio adotou esta técnica como padrão. A utilização de BVV ficará reservada para situações bem específicas, como impossibilidade técnica de realizar o “*piggyback*” devido a presença de TIPS mal posicionado dentro da veia cava. Em pacien-

tes com hepatite fulminante que não toleram o clampeamento portal por ausência de hipertensão porta e circulação colateral, realizamos um *shunt* porto-cava provisório, como sugerido por Tzakis e outros autores (Tzakis et al, 1993; Belghiti et al, 1995).

Os cinco casos apresentados neste trabalho foram transplantados pela técnica de “*piggyback*”, sendo que nos casos 1,2 e 5 a anastomose da cava do enxerto foi realizada com a junção das 3 veias hepáticas; os casos 3 e 4 por receberem o fígado de doadores de menor peso, apresentavam uma boa compatibilidade entre a veia cava do enxerto e a junção da veia hepática esquerda-média, motivo pelo qual foi optado pela anastomose destes vasos.

Analisando os resultados desta pequena série, observa-se que o primeiro, segundo e terceiro casos evoluíram muito bem no pós-operatório, com queda progressiva das enzimas e normalização da função hepática (gráficos); o número de transfusões foi baixo e o segundo caso não recebeu concentrados de hemácias (tabela 1). Vale ressaltar que o tempo de isquemia fria foi baixo nestes 3 casos iniciais (5,3 h, 6 h, 7 h) e a alta hospitalar relativamente precoce (10 a 1 dias).

Apesar da evolução inicialmente favorável do 4º caso com queda lenta das enzimas hepáticas, houve uma elevação súbita e acentuada das transaminases no 6º dia de pós-operatório. Nestas situações, o diagnóstico provável é trombose de artéria hepática. Foi realizado ultrassonografia com doppler que mostrou fluxo habitual pela artéria hepática e veia porta. No dia seguinte, uma arteriografia evidenciou anastomose arterial púrvia e sem estenoses afastando a possibilidade de complicações vasculares. Realizada biópsia hepática percutânea que evidenciou áreas importantes de isquemia, inclusive no espaço portal e ausência de rejeição celular aguda. Apresentou hemorragia digestiva por varizes de esôfago, choque e óbito no 9º dia. A necrópsia realizada pelo patologista da equipe de transplante revelou isquemia e necrose hepática com ausência de trombos na veia porta e artéria hepática. A causa mais provável do óbito foi disfunção tardia do enxerto.

Mesmo com os grandes avanços na última década, disfunção primária do fígado continua sendo a principal complicação imediata após

transplante ortotópico de fígado, acarretando significativa morbidade e mortalidade. É bem conhecida e freqüentemente descrita a não função primária do enxerto, que leva a morte se um retransplante de urgência não for realizado. No entanto, outras formas menos graves chamadas disfunção primária e função inicial pobre (FIP) podem evoluir com recuperação da função hepática, óbito ou necessidade de retransplante na primeira semana. FIP é definida como AST acima de 2.000 unidades e tempo de protrombina acima de 16 segundos no 2º ao 7º dia pós-operatório (Brokelman et al, 1999). Disfunção primária incide em 5 a 35% dos transplantes de fígado, dependendo dos critérios usados para diagnóstico. Fatores do doador, com idade acima de 60 anos, esteatose hepática e longa permanência em unidades de terapia intensiva, são incriminados. Fatores de preservação, como isquemia fria acima de 16 horas, são também citados (Avolio et al, 1999). Neste 4º caso relatado, encontramos, como fator adverso, um tempo de isquemia fria de 12 horas, que foi prolongado em relação aos outros casos que evoluíram bem.

O 5º caso tratava-se de uma paciente de 15 anos com hepatite fulminante secundária a Doença de Wilson, que foi priorizada na lista. Apresentava hiperbilirrubinemia (30 mg/dl), atividade de protrombina de 7% com INR de 10 e encefalopatia grau III (Anexo). Foi transplantada 48 horas depois da inscrição como urgência absoluta. Evoluiu com disfunção primária do fígado, confirmada por níveis muito elevados de transaminases que foram caindo com o decorrer do tempo (gráfico 5). Apresentou, ainda, no pós-operatório, quadro séptico grave com pneumonia provavelmente por citomegalovírus, visto que anticorpo IgM foi positivo, necessitando de ventilação mecânica por 48 horas. Hemocultura foi positiva em 3 amostras para *Candida sp* e uma punção aspirativa de líquido peritonial mostrou bactérias Gram negativas. Recebeu tratamento de amplo espectro por 14 dias com imipenem, fluconazol e ganciclovir. Recebeu alta hospitalar no 29º dia de pós-operatório com função hepática normal e em excelente condição clínica. Sobrevida após transplante para hepatite fulminante depende do estágio da encefalopatia e da causa da doença hepática. Sobrevida é muito reduzida na

encefalopatia grau IV . Em um série de 116 pacientes que receberam transplante, a taxa de sobrevivência de um ano foi de 68%. A principal causa de morte era sepse e falência de múltiplos órgãos (Bismuth et al, 1995). Apesar da adequada seleção dos pacientes e do manejo adequado das complicações, muitos pacientes não recebem o transplante a tempo por falta de órgãos. Somente 40 a 60% dos pacientes listados são realmente transplantados (Castells et al, 1993).

A evolução satisfatória deste 5º caso foi possível devido ao surgimento precoce de um doador para que o transplante pudesse ser realizado em uma fase sem falência de múltiplos órgãos. Outro aspecto essencial foi a assistência pós-operatória contínua que possibilitou o diagnóstico precoce das infecções com tratamento imediato.

Ocorreram complicações tardias após 30 dias em 2 pacientes. O 2º caso apresentou, no seguimento ambulatorial (32º pós-operatório), elevação das enzimas hepáticas, principalmente bilirrubinas, fosfatase alcalina e gama-glutamiltanspeptidase (GGT). Ultrassom e tomografia computadorizada revelaram dilatação da via biliar intra-hepática e coleção líquida subhepática. Foi realizada drenagem percutânea com aspiração de 2300 ml de bile. Colangiopancreatografia endoscópica (CPER) evidenciou fístula biliar com acotovelamento do ducto biliar, que impossibilitou a passagem de uma prótese. Por este motivo, indicou-se exploração cirúrgica, onde foi confirmada necrose do colédoco distal do enxerto, sendo tratado por hepático-jejunostomia em Y de Roux. Evoluiu sem complicações. Atualmente, encontra-se assintomático e com enzimas hepáticas normais.

Em 1976, Sir RY Calne afirmou que a “anastomose biliar era o calcanhar de Aquiles do transplante de fígado” (Calne, 1976). Passados 26 anos de progresso na área dos transplantes, complicações biliares permanecem como um grande desafio, porque podem levar à perda do enxerto ou morte. Baseado em dados da literatura, essas intercorrências acontecem em cerca de 10 a 30% dos transplantes. A técnica mais comumente usada é a anastomose colédoco-colédoco término-terminal, com ou sem dreno de Kehr (Krawczyk et al, 2000). Neste caso aqui discutido, a causa da necrose biliar do enxerto provavelmente foi

disseção excessiva durante a captação ou durante o preparo no banco, ocasionando lesão isquêmica.

A outra complicação tardia, no 3º caso, se manifestou clinicamente ao redor do 42º dia como colestase. Exames de imagem revelaram coleção subhepática. CPER mostrou estenose e rotação ao nível da anastomose biliar, não sendo possível transpor com fio guia. Indica a laparotomia e constatada necrose de toda a via biliar extra-hepática do enxerto, que foi tratada com anastomose de uma alça jejunal em Y de Roux com a placa hilar. Não foi palpado pulso da artéria hepática. Pós-operatório sem complicações. Arteriografia confirmou trombose de artéria hepática.

A mais frequente complicação vascular após transplante ortotópico de fígado é a trombose de artéria hepática e é associada a alta incidência de falência do enxerto e mortalidade (Tzakis et al, 1985). Isquemia e necrose do enxerto hepático são as consequências usuais da trombose arterial precoce, enquanto complicações biliares e sepse são as apresentações da trombose arterial tardia (Hidalgo et al, 1999). Em uma série de 475 transplantes, foram encontrado 35 pacientes (7,5%) com trombose de artéria hepática; trombose tardia ocorreu em 19 pacientes, variando de 2 a 79 meses pós-transplante; 09 pacientes (47%) estão assintomáticos e não necessitaram de tratamento; os outros 10 estão sintomáticos e 06 necessitaram de retransplante (Torras et al, 1999). A causa mais incriminada para esta complicação é tempo de isquemia fria prolongado, idade do doador, a presença de rejeição, tipo de anastomose e variações anatômicas. Concluindo, a maioria dos pacientes com trombose de artéria hepática necessita de retransplante para tratar as complicações biliares (Stange et al, 2001). Este 3º caso encontra-se realizando normalmente suas atividades e com discreta colestase. Foi inscrito para retransplante.

Por fim, os resultados iniciais foram bons, principalmente levando-se em conta que é um serviço pioneiro, no Estado do Ceará, com experiência reduzida. É provável que com o decorrer do tempo e um maior número de transplantes, estes resultados sejam aprimorados.

## CONCLUSÕES

1. É possível implantar um Centro de Transplante de Fígado em um Hospital Universitário, partindo-se da cirurgia experimental, capacitando a equipe médica em serviços de relevância no Brasil e no exterior e unindo um grupo de profissionais da saúde em torno deste objetivo maior.
2. Transplante ortotópico de fígado é um procedimento extremamente complexo que apresenta elevado índice de complicações. No entanto, é o único tratamento curativo para as hepatopatias crônicas terminais.
3. Mesmo com os bons resultados aqui apresentados, evidenciados por 100% de sucesso técnico e 80% de sobrevida dos pacientes, temos absoluta convicção de que estamos iniciando um programa de transplante de fígado, com experiência reduzida, e que são essenciais os cuidados na seleção do doador e do receptor, na técnica cirúrgica adequada e no manuseio pós-operatório.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Welch CS: A note on transplantation of the whole liver in dogs. *Transplant Bull* 1955; 2:54-55.
2. Cannon JA: Brief report. *Transplant Bull* 1956; 3:7.
3. Starzl TE, Marchioro TL, Von Kaulla KN, Hermann G, Brittain RS, Waddel WR: Homotransplantation of the liver in humans. *Surg Gynecol Obstet* 1963; 117:659-676.
4. Starzl TE, Iwatsuki S, Van Thiel DH, Gartner JC, Zitelli BJ, Malatack JJ, Schade RR, Shaw BW Jr, Hakala TR, Rosenthal JT, Porter KA: Evolution of liver transplantation. *Hepatology* 1982; 2:614-636.
5. Busuttill RW, Goldstein LI, Danovirch GM, Ament ME, Memsic LD: Liver transplantation today. *Ann Intern Med* 1986; 104:377-389.
6. Calne RY: Experimental Background. In: Calne RY, ed. *Liver Transplantation*. New York, Grune Stratton, 1983;3-7.
7. Starzl TE: Experience in the hepatic transplantation. *Filadelfia, WB Saunders*, 1969; 475-491.
8. Calne RY, White HJO, Yoffa DE et al. Prolonged survival of liver transplantation in the pig. *Br Med J* 1967; 4:465-468.



9. Berisa F, Cienfuegos JA, Pérez Mora N, Tendillo FJ, Ardaiz J, Castillo-Olivares, Avello F: Modelo anestésico en el trasplante ortotópico de hígado en el cerdo. *Rev Española Anest Rean* 1986; 33:213-219.
10. Mazzone G, Martino C, Maizza M et al: Orthotopic liver allografts in the pig. *Am J Surg* 1973; 125:300-303.
11. Arias J, Aller MA, Rodríguez J, Estébanez E, Jiménez G, Durán M, Arias JI, Timoneda FL, Lorente L, Tejero E, Brandau D, Durán H: Trasplante ortotópico de hígado en el cerdo: monitorización cardiovascular peroperatoria. *Rev Esp Enf Ap Digest*, 1986; 69:1-8.
12. Lluch M, Ruz A, Varo E, Rufián S, Valdivia J, Giménez A: Alteraciones hemodinámicas en el trasplante de hígado en cerdos anestesiados con isoflurano. *Rev Esp Anestesiología Reanim* 1990; 37:200-204.
13. Calne RY, White DSG, Thirus SS et al: Cyclosporin A initially as the only immunosuppressant in 34 recipients of cadaveric organs: 32 kidneys, 2 pancreases and 2 livers. *Lancet* 1979; 2:1033.
14. Starzl TE, Todo S, Fung J, Demetris AJ, Venkataramanan R, Jain A: FK 506 for human liver, kidney and pancreas transplantation. *Lancet* 1989; 2:1000-1004.
15. Otto G, Heuschen U, Hofmann WJ, Krumm G, Hinz U, Herfarth C: Survival and recurrence after liver transplantation versus liver resection for hepatocellular carcinoma. *Ann Surg* 1998; 227:424-432.
16. Klintmalm GB: Liver transplantation for hepatocellular carcinoma. *Ann Surg* 1998; 228:479-490.
17. Starzl TE: History of liver and other splanchnic organ transplantation. In: Busutil RW, Klintmalm GB, eds. *Transplantation of the liver*. Philadelphia: Saunders, 1966:3-22.
18. Keefe EB: Liver transplantation at the millennium: past, present, and future. *Clin Liver Dis* 2000; 4:241-255.
19. Keefe EB: Liver transplantation: current status and novel approaches to liver replacement. *Gastroenterology* 2001; 120: 749-762.
20. Calne RY, White DJ, Rolles K, Smith DP, Herbertson BM: Prolonged survival of pig orthotopic heart grafts treated with cyclosporin A. *Lancet* 1978; 1: 1183-1185.
21. Calne RY, White DJ, Thiru S, Evans DB, McMaster P, Dunn DC, Craddock GN, Pentlow BD, Rolles K: Cyclosporin A in patients receiving renal allografts from cadaver donors. *Lancet* 1978; 2:1323-1327.

22. Starzl TE, Klintmalm GB, Porter KA, Iwatsuki S, Schoter GP: Liver transplantation with use of cyclosporin A and prednisone. *N Engl J Med* 1981; 305:266-269.
23. Iwatsuki S, Starzl TE, Todo S, Gordon RD, Esquivel CO, Tzakis AG, Makowka L, Marsh JW, Koneru B, Stieber A, Klintmalm GB, Husberg B: Experience in 1.000 liver transplants under cyclosporine-steroid therapy: a survival report. *Transplant Proc* 1988; 20 (suppl 1): 498-504.
24. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Liver transplantation – June 20-23, 1983. *Hepatology* 1984; 4(suppl): 107S-110S.
25. Starzl TE, Todo S, Fung J, Demetris AJ, Venkataramman R, Jain A: FK 506 for liver, kidney, and pancreas transplantation. *Lancet* 1989; 2: 1000-1004.
26. Wiesner RH: A long-term comparison of tacrolimus (FK 506) versus cyclosporine in liver transplantation: a report of the United States FK506 Study Group. *Transplantation* 1988; 66: 493-499.
27. Cacciarelli TV, Keefe EB, Moore DH, Burns W, Chuljian P, Busque S, Concepcion W, So SK, Esquivel CO: Primary liver transplantation without transfusion of red blood cells. *Surgery* 1996; 120:698-705.
28. Tzakis AG, Todo S, Starzl TE: Orthotopic liver transplantation with preservation of the inferior vena cava. *Ann Surg* 1989; 210:649-652.
29. Calne RY, William R: Liver transplantation in man. Observations on technique and organization in five cases. *Br Med J* 1968; 4:535-540.
30. Showstack J, Katz PP, Lake JR, Brown RS, Dudley RA, Belle S, Wiesner RH, Zetterman RK, Everhart J: Resource utilization in liver transplantation: effects of patient characteristics and clinical practice. *JAMA* 1999; 281:1381-1386.
31. Gilbert JR, Pascual M, Schoenfeld DA, Rubin RH, Delmonico FL, Cosimi AB: Evolving trends in liver transplantation: an outcome and charge analysis. *Transplantation* 1999; 67:246-253.
32. Klintmalm GB: Liver transplantation for hepatocellular carcinoma. *Ann Surg* 1998; 228:479-490.
33. Molmenti EP, Marsh JL, Dvorchik I, Oliver III JH, Madariaga J, Iwatsuki: Hepatobiliary malignancies: primary hepatic malignant neoplasms. *Surg Clin North Am* 1999; 79:43-57.
34. Otto G, Heuschen U, Hofmann WJ, Krumm G, Hinz U, Herfarth C: Survival and recurrence after liver transplantation versus liver resection for hepatocellular carcinoma. *Ann Surg* 1998; 227:424-432.

35. Hemming AW, Cattral MS, Reed AI, Van der Werf WJ, Greig PD, Howard RJ: Liver transplantation for hepatocellular carcinoma. *Ann Surg* 2001; 233:652-659.
36. Fuster J, Garcia-Valdecasas, Grande Luis, Tabet J, Bruix J, Anglada T, Taurá P, Lacy AM, González X, Vilana R, Bru C, Solé M, Visa J: Hepatocellular carcinoma and cirrhosis. Results of surgical treatment in a European series. *Ann Surg* 1996; 223:297-302.
37. Shakil AO, Mazariegos GV, Kramer DJ: Fulminant hepatic failure. *Surg Clin North Am* 1999, 79:77-108.
38. Shaw BW, Martin DJ, Marquez JM, Kang YG, Bugbee AC, Iwatsuki S, Griffith BP, Hardesty RL, Bahnson HT, Starzl TE: Venous bypass in clinical liver transplantation. *Ann Surg* 1984; 200:524-534.
39. Navalgund A, Kang Y, Sarner J, Gieraerts R: Massive pulmonary thromboembolism during liver transplantation. *Anesth Analg* 1988; 67:400.
40. Shokouh-Amiri MH, Gaber AO, Bagous WA et al: Choice of surgical technique influences perioperative outcomes in liver transplantation. *Ann Surg* 2000; 231:814-823.
41. Busque S, Esquivel CO, Conception W et al: Experience with the *piggy-back* technique without caval occlusion in adult orthotopic liver transplantation. *Transplantation* 1998; 65:77-82.
42. Tzakis AG, Reys J, Nour B et al: Temporary end-to-side portacaval shunt in orthotopic liver transplantation in humans. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 176-180.
43. Belghiti J, Noun R, Sauvanet A: Temporary portacaval anastomosis with preservation de caval flow during orthotopic liver transplantation. *Am J Surg* 1995; 169-277.
44. Lucey MR, Brown KA, Everson GT, Fung JJ, Gish R, Keefe EB, Kneteman NM, Lake JR, Martin P, Schiffman ML, So SK, Wiesner RH: Minimal criteria for placement of adults on the liver transplant waiting list: a report of a national conference organized by the American Society of Transplant Physicians and the American Association for the Study of Liver Diseases. *Liver Transpl Surg* 1997; 3:628-637.
45. Reyes J, Mazariegos, GV: Pediatric transplantation. *Surg Clin North Am* 1999; 79:163-189.
46. Boyer TD: Natural history of portal hypertension. *Clin Liver Dis* 1997; 1:31-35.
47. DeFranchis R, Primignani M: Why do varices bleed . *Gastroenterol Clin North Am* 1992; 21:85.

48. Grace ND, Bhattacharya K: Pharmacologic therapy of portal hypertension and variceal hemorrhage. *Clin Liver Dis* 1997; 1:59.
49. Khanna A, Jain A, Eghtesad B, Rakaela J: Liver transplantation for metabolic liver diseases. *Surg Clin North Am* 199; 79:153-162.
50. Moore FD, Wheeler HB, Demissianos HV: Experimental whole organ transplantation of the liver and of the spleen. *Ann Surg* 1960; 152:374-387.
51. Jamieson NV, Sundberg R, Lindell S, Claesson K, Moen J, Vreugdenhil PK, Wight DG, Southard JH, Belzer FO: Successful 24 to 30 hour preservation of the canine liver: a preliminary report. *Transplant Proc* 1988; 20:945-947.
52. Kalayoglu M, Sollinger WH, Stratta RJ, D'Alessandro AM, Hoffman RM, Pirsch JD, Belzer FO: Extended preservation of the liver for clinical transplantation. *Lancet* 1988; 1:617-619.
53. Moore FD, Birtch AG, Dagher F: Immunosuppression and vascular insufficiency in liver transplantation. *Ann N Y Acad Sci* 1964; 102:729-738.
54. Starzl TE, Marchioro TL, Rowlands DT: Immunosuppression after experimental and clinical homotransplantations of the liver. *Ann Surg* 1964; 160:411-439.
55. D'Albuquerque LAC, Meniconi MTM, Copstein JLM et col: Transplante Ortotópico de Fígado: Bases Técnicas. In: Silva AO, D'Albuquerque LAC. *Doenças do fígado*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 928-963.
56. Raia S, Nery JR, Mies S: Liver transplantation from live donors. *Lancet* 1988; 2: 497-498.
57. Keeffe EB: Selection of patients for liver transplantation. In: Maddrey WC, Sorrell MF. *Transplantation of the liver*. 2<sup>nd</sup> ed. Norwalk: Appleton & Lange; 1995. p. 13-60.
58. Griffith BP, Shaw Jr BW, Hardesty RL, Iwatsuki S, Bahnson HT, Starzl TE: Venovenous bypass without systemic anticoagulation for transplantation of the human liver. *Surg Gynecol Obstet* 1985; 160:271-272.
59. Sindhi R, Shaw Jr BW: Venous bypass. In: Bussuttil RW, Klintmalm GB. *Transplantation of the liver*. London: W.B. Saunders; 1996. p. 458-462.
60. Wood RP, Ozaki CF, Katz SM, Monsour Jr HP: Operative procedures. In: Maddrey WC, Sorrell MF. *Transplantation of the liver*. 2<sup>nd</sup> ed. Norwalk: Appleton & Lange; 1995. p. 61-87.
61. Stieber AC: One surgeon's experience with the *piggyback* versus the standard technique in orthotopic liver transplantation: is one better than the other. *Hepatogastroenterology* 1995; 42:403-405.

62. González FX, Garcia-Valdencasas JC, Grande L, Pacheco JL, Cugat E, Fuster J, Lacy AM, Taurá P, López-Boado MA, Rimola A, Visa J: Vena cava vascular reconstruction during orthotopic liver transplantation: a comparative study. *Liver Transpl Surg* 1998; 4:133-140.
63. Fleitas MG, Casanova D, Martino E, Maestre JM, Herrera L, Hernanz F, Rabanal JM, Pulgar S, Solares G: Could the *piggyback* operation in liver transplantation be routinely used! *Arch Surg* 1994; 129:842-845.
64. Shokouh-Amiri MH, Gaber AO, Bagous WA, Grewal HP, Hathaway DK, Vera SR, Stratta RJ, Bagous TN, Kizilisik T: Choice of surgical technique influences perioperative outcomes in liver transplantation. *Ann Surg* 2000; 231:814-823.
65. Hashikura Y, Makuuchi M, Kawasaki S, Matsunami H, Ikegami T, Nakazawa Y, Kiyosawa K, Ichida T: Successful living related partial liver transplantation to an adult patient. *Lancet* 1994; 343:1233-1234.
66. Inomata Y, Tanaka K, Okajima H, Uemoto S, Ozaki N, Egawa H, Satomura K, Kiuchi T, Yamaoka Y: Living related liver transplantation for children younger than year old. *Eur J Pediatr Surg* 1996; 6:148-151.
67. Marcos A: Right lobe living donor liver transplantation: a review. *Liver transpl* 2000; 6:3-20.
68. Harper AM, Rosendale JD: The UNOS OPTN waiting list and donor registry. *Clin Transplant* 1997; 61-80.
69. Grewal HP, Shokouh-Amiri MH, Vera S, Stratta R, Bagous W, Gaber O: Surgical technique for right lobe adult living donor liver transplantation without venovenous bypass or portocaval shunting and with duct-to-duct biliary reconstruction. *Ann Surg* 2001; 233:502-508.
70. Marcos A, Ham JM, Fisher RA, Olzinsk AT, Posner MP: Single-center analysis of the first 40 adult-to-adult living donor liver transplants using the right lobe. *Liver Transpl* 2000; 6:296-301.
71. Lo CM, Fan ST, Liu CL, Wei WL, Chan JK, Fung J, Wong J: Adult-to-adult living donor liver transplantation using extended right lobe grafts. *Ann Surg* 1997; 226:261-269.
72. Trotter JF, Wachs M, Trouillot T, Steinberg T, Bak T, Everson GT, Kam I: Evaluation of 100 patients for living donor liver transplantation. *Liver Transpl* 2000; 6:290-295.
73. Registro Brasileiro de Transplantes. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Ano VIII, no 1, janeiro/março 2002.

74. Azoulay D, Castaing D, Adam R, Savier E, Delvart V, Karam V, Ming BY, Dannaoui M, Krissat J, Bismuth H: Split-liver transplantation for two adult recipients: feasibility and long-term outcomes. *Ann Surg* 2001; 223:565-574.
75. Busuttil RW, Goss JA: Split liver transplantation. *Ann Surg* 1999; 229:313-321.
76. Emond JC, Whittington PF, Thistlethwaite JR, et al: Transplantation of two patients with one liver: analysis of a preliminary experience with split-liver grafting. *Ann Surg* 1990; 212:14-22.
77. Pichlmayr R, Ringe B, Gubernatis G, et al: Transplantation einer spenderbeberauf zwei empfangen (splitting-transplantation): eine neue methode in der weiterentwicklung der lebersegment transplantation. *Langenbecks Arch Chir* 1988; 373:127-130.
78. Bismuth H, Marino M, Castaing D: Emergency orthotopic liver transplantation in two patients using one donor. *Br J Surg* 1989. 76:722-724.
79. Broelsch CE, Emond JC, Whittington PF, et al: Application of reduced-size liver transplants as split grafts, auxiliary orthotopic grafts and living related segmental transplants. *Ann Surg* 1990; 214:368-377.
80. Anselmo DM, Baquerizo A, Geevarghese S, Ghobrial RM, Farmer DG, Busuttil RW: Liver transplantation at Dumont-UCLA Transplant Center: an experience with over 3.000 cases. *Clin Transpl* 2001; 179-186.
81. Ammor M, Creput A, Durrbach D, Samuel F, Von Ey F, Hiesse C, Droupy S, Kriaa F, Kreis H, Benoit G, Blanchet P, Bismuth H, Charpentier B: Mortality and long term outcome of combined liver and kidney transplantations. *Transplant Proc* 2001; 33:1179-1180.
82. Parrila P, Sánchez-Bueno F, Figueras J, Jaurrieta E, Mir J, Margarit C, Lázaro J, Herrera L, Gómez-Fleitas M, Varo E, Vicente E, Robles R, Ramirez P: Analysis of the complications of the piggy-back technique in 1.112 liver transplants. *Transplantation* 1999; 67:1214-1217.
83. Azoulay D, Samuel D, Adam R, Savier E, Karam V, Delvard V, Saliba F, Ichai P, Roche B, Feray C, Vallee JC, Smail A, Castaing D, Bismuth H: Paul Brousse liver transplantation: the first 1,500 cases. *Clin Transpl* 2000; 273-280.
84. Brokelman W, Stel AL, Ploeg RJ: Risk factors for primary dysfunction after liver transplantation in the University of Wisconsin solution era. *Transplant Proc* 1999; 31:2087-2090.
85. Avolio AW, Agnes S, Chirico ASA, Castagneto M: Primary dysfunction after liver transplantation: donor or recipient fault? *Transplant Proc* 1999; 31:434-436.

86. Bismuth H, Samuel D, Castaing D et al: Orthotopic liver transplantation in fulminant and subfulminant hepatitis: The Paul Brousse experience. *Ann Surg* 1995; 222:109.
87. Castells A, Salmeron JM, Navasa M et al: Liver transplantation for acute liver failure: analysis of applicability. *Gastroenterology* 1993; 105:532.
88. Krawczyk M, Nyckowski P, Zieniewicz K, Pawlak B, Michalowicz B, Malkowski P, Paluszkiewicz R, Paczek L, Wroblewski T, Pacho R, Grzelak W, Gackowski W, Pszeny C, Skwarek A: Biliary complications following liver transplantation. *Transplant Proc* 2000; 32:1429-1431.
89. Hidalgo E, Cantarell C, Charco R, Murio E, Lázaro JL, Bilbao I, Margarit C: Risk factors for late hepatic artery thrombosis in adult liver transplantation. *Transplant Proc* 1999; 31:2416-2417.
90. Torras J, Lladó L, Figueras J, Ramos E, Lama C, Fabregat J, Rafecas A, Escalante E, Dominguez J, Sancho C, Jaurrieta E: Diagnostic and therapeutic management of hepatic artery thrombosis after liver transplantation. *Transplant Proc* 1999; 31:2405.
91. Stange B, Settmacher U, Glanemann M, Nussler NC, Bechstein WO, Neuhaus: Hepatic artery thrombosis after orthotopic liver transplantation. *Transplant Proc* 2001; 33:1408-1409.

O QUE PENSAM OS ESTUDANTES DE MEDICINA  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
SOBRE O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO  
MÉDICA NO PROGRAMA  
SAÚDE DA FAMÍLIA

---

GIOVANNI GRANGEIRO DE ARAÚJO  
Estudante de Medicina





## **RESUMO**

Em 1994, o Ministério da Saúde adotou o Programa Saúde da Família (PSF) como modelo de atenção primária de saúde e como base de estruturação do Sistema Único de Saúde, criado com a Constituição de 1988. O Estado do Ceará encontra-se bem adiantado no processo de implantação de equipes do Programa Saúde da Família, por isso dispõe de uma boa oferta de vagas para médicos interessados em trabalhar neste campo. Este estudo consistiu na aplicação de um questionário, que foi respondido por 78 estudantes pertencentes ao universo dos 251 alunos dos três últimos semestres da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Foi verificado que os futuros médicos da referida universidade sentem-se bastante atraídos para trabalhar no Programa Saúde da Família imediatamente após a graduação, porém em caráter temporário. Eles vêem o exercício da profissão no Programa Saúde da Família como uma forma de ganhar dinheiro e adquirir experiência no início da carreira, para a seguir, se especializarem em alguma outra área médica mais rentável e de maior prestígio. Para eles, o trabalho no Programa Saúde da Família é um estágio inicial – e inferior – na evolução da carreira médica. Recomenda-se, a fim de qualificar o Programa Saúde da Família e o Sistema Único de Saúde, que sejam adotadas políticas

de curto e de longo prazo para que o referido programa seja encarado como opção vocacional pelos médicos.

## 1. INTRODUÇÃO

A partir da Constituição de 1988, seguida pelas leis orgânicas da saúde e pelas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde, iniciou-se no Brasil o processo de reorientação do modelo assistencial visando pôr em prática os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde adotou o Programa Saúde da Família (PSF) como modelo de atenção primária de saúde e como estratégia estruturante desse novo modelo assistencial. Segundo o Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família

*“[...] prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.”*  
(Ministério da Saúde, 2001)

O Estado do Ceará teve destaque neste processo, pois foi o pioneiro na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e foi sede de algumas das primeiras experiências em Saúde da Família do Brasil (os municípios de Quixadá, Jucás, Beberibe e Icapuí), e atualmente está bem à frente de vários estados brasileiros na implantação do PSF. Possui 898 equipes implantadas, distribuídas em 92,39% de seus municípios (Ministério da Saúde – Julho/2001).

É natural, portanto, que, devido à boa oferta de vagas, haja um fluxo de profissionais médicos oriundos da Universidade Federal do Ceará e de outros estados para o trabalho no PSF dos municípios do Ceará. Há também, segundo nossa observação, rotatividade de médicos entre os municípios e fluxo de médicos oriundos do referido programa para residências médicas em outras especialidades.

A hipótese para o presente estudo surgiu da observação, sem nenhum embasamento mais consistente, de que os estudantes de medicina da Universidade Federal do Ceará de modo geral aspiram como projeto de vida profissional ao exercício da medicina em especialidades e em subespecialidades. Embora muitos tenham o projeto de trabalhar na atenção primária (o PSF), a idéia, de um modo geral, é trabalhar nesta área por um período curto, enquanto não se ingressa em um programa de residência em alguma especialidade médica. Este estudo se propõe a verificar se esta idéia preconcebida sobre o pensamento dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Ceará corresponde à realidade atual, e quais as razões e as origens dessa forma de pensamento.

Buscamos na literatura algumas idéias que embasaram nosso estudo e contribuíram para esclarecer os questionamentos que levantamos.

Em primeiro lugar, é preciso se fazer alguns esclarecimentos sobre a estrutura do sistema de saúde e da educação médica atuais.

O modelo de ensino médico atual está de acordo com o paradigma sanitário hegemônico, o paradigma *flexneriano*, originado do *Relatório Flexner*<sup>1</sup>, publicado em 1910, que tem como características:

- O mecanismo: o corpo humano é visto como uma “máquina”, um somatório de órgãos e aparelhos, que podem ser “separados” e focalizada a atenção desvinculados do todo.
- O biologismo: ênfase nos aspectos biológicos das doenças e de suas causas e conseqüências.
- O individualismo: o objeto de atenção é individual, excluindo-se os aspectos sociais.
- A especialização: em sintonia com o mecanismo e biologismo,

---

1 Relatório Flexner (Fundação Carnegie-1910) – relatório com diretrizes para a reforma de Escolas de Medicina, Direito e Teologia nos EUA e Canadá, que continha recomendações como o ensino ambientado no hospital universitário; ciclo básico e profissional (especialidades); modelo pedagógico de disciplinas e departamentos; consolidação e formalização acadêmica das metodologias de cientificidade positivista; idéia de centros de excelência tecnológica, etc. Este relatório teve um impacto muito grande em todo o mundo influenciando a maioria dos currículos na área de saúde. → Flexner A: *Medical education in the United States and Canadá: A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. New York, 1910.

aprofunda-se a visão parcial, com a divisão técnica do trabalho em detrimento do conhecimento holístico.

- A tecnificação: o ato médico passou a ser tecnificado. Surgiu a engenharia biomédica com a incorporação cada vez maior de recursos tecnológicos na prática médica, contribuindo para um distanciamento na relação médico-paciente.
- O curativismo: ênfase na prática curativa em detrimento da prática preventiva. (Mendes, 1999)

*A prática da atenção médica, referida pelo paradigma flexneriano, estruturou um sistema de saúde composto por alguns componentes: tem foco na doença; seu sujeito é individual; estrutura-se pela livre demanda, sem território definido para a atenção primária; presta atenção ocasional e passiva; enfatiza, relativamente, o cuidado curativo e reabilitador; apresenta baixa resolubilidade no primeiro contato; apresenta altos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais; nega a possibilidade de relações interpessoais constantes, desumanizando o cuidado da saúde e restringe-se a ações unisetoriais. (Mendes, 1999, p.275)*

Em um estudo tendo como amostra qualitativa 14 faculdades públicas brasileiras de medicina (Campos, 1999), constatou-se que 86% da carga horária dos estágios práticos dos cursos médicos se desenvolvem dentro de Hospitais Universitários. No referido trabalho, comentou-se que os Hospitais Universitários são estruturados em forma de múltiplas especialidades, destinadas a atender casos complexos, de difícil diagnóstico ou tratamento. Acrescentou-se que, sendo o ensino médico predominantemente neste ambiente, ele seguirá a mesma lógica norteadora desses hospitais: fragmentado, voltado para a especialização, sem integração interdisciplinar, e distante das reais necessidades de saúde da população. O trabalho propõe que o atual modelo de ensino médico seja revisto. Assegura que o Hospital Universitário não é o ambiente mais adequado para o predomínio do ensino médico de graduação, para a formação de médicos com capacidade e responsabilidade clínica inte-

gral. Propõe que outros campos de aprendizagem sejam incorporados e que seus espaços sejam ampliados no ensino médico, como centros de saúde, hospitais-dia, Centros de Atenção Psico-Social, domicílios, comunidades, escolas.

É natural que os estudantes de medicina tenham suas aspirações profissionais e sua visão de assistência à saúde influenciadas pela formação que recebem das escolas médicas. As escolas médicas, por sua vez, orientam sua forma de ensino para atender às demandas do mercado, ou seja, o ensino médico é influenciado pela estrutura vigente do sistema de saúde e do mercado de trabalho. O modo de produção vigente em cada época histórica influenciou a prática médica, tendo como consequência a adequação do ensino médico ao modo de produção. No capitalismo, a preservação do corpo, que é gerador de trabalho e de produção, é o objeto central de trabalho do médico, sendo o hospital o local privilegiado de abordagem do corpo como objeto. (Schraiber, 1989).

Outro ponto importante, que não pode ser esquecido, é a questão da terminalidade da formação médica no curso de graduação. Atualmente é bem difundido o conceito de que a formação médica não é completa apenas com a graduação, sendo necessária uma complementação através dos programas de residência médica em alguma especialidade. Isto pode ser explicado pela

*“insuficiência do treinamento prático proporcionado pelas faculdades de medicina (as novas escolas em função de suas debilidades e as antigas em razão do processo de fragmentação que a graduação vinha sofrendo) e existência de mercado de trabalho voltado à especialização e mais competitivo [...]”. (Feuerwerker, 1998, p.99).*

Uma avaliação continuada do ensino de graduação da Escola Paulista de Medicina desencadeada desde 1989 (Stella, 1997), levantou expectativas e opiniões de docentes, alunos e egressos. Após o estudo, os autores chamaram a atenção para a não-terminalidade da formação médica na graduação da Escola Paulista de Medicina, pois os egressos

não entram no mercado de trabalho após a graduação. O estudo revelou que a maioria dos egressos considerava que a Escola Paulista de Medicina propiciava conhecimento suficiente, mas treinamento insuficiente, e que eles almejavam cursar uma residência médica para obter melhor treinamento, uma especialização e uma melhor inserção no mercado de trabalho. No referido estudo ficou claro também o caráter fragmentário, pouco prático, e propício à especialização do ensino da Escola Paulista de Medicina, atendendo às exigências do mercado por médicos especialistas.

Para se compreender a situação atual do mercado de trabalho médico mais atrativo para especialistas e subespecialistas, convém resgatar a história do surgimento e desenvolvimento da residência médica no Brasil, que tentaremos sumarizar a seguir. A residência médica surgiu na década de 1940, mas em pequena escala. A partir de meados da década de 1950 iniciou-se o processo de transformação da prática médica com conseqüente expansão dos programas de residência médica. Houve grande impulso no processo de desenvolvimento tecnológico e científico da medicina, que estimulou a tendência da especialização. Houve progressivo processo de acumulação de capital no setor saúde que favoreceu o modelo de utilização intensiva de tecnologia e de especialização do médico. (Feuerwerker, 1998).

Neste contexto de modelo médico baseado em alta tecnologia e custos, fragmentação em especialidades, e conseqüente educação médica direcionada para este modelo, surge, a partir do movimento de Reforma Sanitária, o Sistema Único de Saúde, como legalização da proposta de construção de um novo modelo de assistência à saúde. Este é baseado numa concepção positiva do processo saúde-doença (saúde como bem estar e qualidade de vida, em contraposição ao conceito de saúde com ausência de doenças), tem como novo paradigma sanitário a produção social da saúde (em contraposição ao paradigma *flexneriano*) e como nova prática sanitária a da *vigilância da saúde* (Mendes, 1999).

O Sistema Único de Saúde tem como principais diretrizes: a universalidade (garantia de acesso ao sistema de saúde para todos os cidadãos), eqüidade (garantia de acesso em condições de igualdade priorizando os

riscos), hierarquização (organização do sistema em níveis crescentes de complexidade, onde a porta de entrada é a atenção primária), integridade (garantia de assistência em todos os níveis de complexidade do sistema, com ações preventivas e curativas), descentralização (gestão da saúde descentralizada, adequando-se a cada realidade local), controle social (participação dos usuários do sistema de saúde no seu planejamento e fiscalização).

O Sistema Único de Saúde, como previsto pela lei, evidentemente não é ainda a realidade do sistema de saúde brasileiro. Uma mudança tão profunda como esta não se dá abruptamente por força de uma lei. É, antes de tudo, um processo lento, em construção. Nos últimos anos houve grandes avanços nesse processo, com destaque para a estruturação do sistema de saúde a partir da atenção primária representada pelo Programa Saúde da Família, adotado como modelo pelo Ministério da Saúde em 1994. Como já foi dito anteriormente, o Ceará encontra-se relativamente bem adiantado neste processo, havendo boa oferta de vagas para profissionais médicos que desejem atuar neste campo, o que se torna um atrativo para os egressos da Universidade Federal do Ceará.

Este estudo se propõe a verificar o que pensa o estudante de medicina da Universidade Federal do Ceará sobre o exercício da medicina na atenção primária representada pelo PSF, e o porquê de seu pensamento. Será que é verdade que o PSF é encarado apenas como uma atividade temporária até que se ingresse em uma especialidade médica, e por quê? Por que o Programa Saúde da Família não seria atrativo como opção definitiva de exercício profissional?

Este estudo se justifica pela oportunidade de se refletir sobre a educação médica, o mercado de trabalho e o PSF, a partir das opiniões dos estudantes, a fim de buscar meios de aumentar a qualidade da atenção primária e torná-la uma opção de trabalho atraente para os médicos.

## **2. OBJETIVO GERAL:**

- Identificar e descrever as opiniões dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Ceará acerca do exercício profissional no Programa Saúde da Família.



### **3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar os motivos pelos quais alguns estudantes de medicina da Universidade Federal do Ceará optam pelo trabalho no Programa Saúde da Família como projeto de primeira experiência profissional após a graduação;
- Descrever os motivos pelos quais alguns estudantes não optam pelo trabalho no Programa Saúde da Família;
- Dentre os estudantes que optam pelo projeto de trabalhar no Programa Saúde da Família, estabelecer se a idéia de trabalho nesta área é de caráter temporário, definitivo ou indefinido e por quê.

### **4. METODOLOGIA**

O estudo teve como universo os 251 estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará pertencentes ao internato (os três últimos semestres do curso, chamados de I-1, I-2 e I-3, respectivamente, correspondentes ao estágio supervisionado), regularmente matriculados no semestre 2001.1.

Foi elaborado um questionário semiestruturado com perguntas fechadas, algumas no formato de escalas de opinião, e com questões abertas. O questionário procurava colher dos estudantes diversos tipos de informações: dados pessoais e sócio-econômicos, conhecimento teórico básico sobre o Programa Saúde da Família, aptidões e vocações pessoais e planos pessoais para a carreira profissional. O questionário termina com uma série de afirmações sobre o Programa Saúde da Família extraídas do senso comum, onde é solicitado que o respondente expresse sua concordância ou discordância com cada uma delas. Antes de ser aplicado e elaborada sua versão definitiva, o questionário foi submetido a um teste piloto com dois estudantes pertencentes ao universo do estudo.

A seguir, com a colaboração de quatro estudantes, foram distribuídas aleatoriamente, nos hospitais onde são realizados os estágios de internato (Hospital Universitário Walter Cantídio, Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Geral César Cals e Hospital Infantil Albert Sabin), 120 cópias dos questionários. Após cinco meses de dificuldades com a

resistência dos estudantes em responderem os questionários, finalmente foram obtidos 78 respondidos, o que corresponde a 31,7% do universo do estudo.

As perguntas fechadas foram processadas através do programa Epi-info Ver. 6.4 e foram analisadas quantitativamente por tabulação simples e alguns cruzamentos de variáveis. As questões abertas foram evidenciadas por sua recorrência ou ênfase em determinados aspectos considerados relevantes para o quadro do estudo.

## 5. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os 78 questionários respondidos estavam assim distribuídos com relação às características pessoais dos participantes da pesquisa. (**tabela 1 e gráficos 1 a 5**):

**Tabela 1 – Características pessoais dos estudantes que participaram da pesquisa Fortaleza, janeiro a julho de 2001**

Características		Número de estudantes	%
Turmas	I-1 (10.o semestre)	22	28,2
	I-2 (11.o semestre)	25	32,1
	I-3 (12.o semestre)	31	39,7
	Total	78	100
Fez o estágio rural?	Sim	47	60,3
	Não	31	39,7
	Total	78	100
Naturalidade	Fortaleza	53	67,9
	Interior do Ceará	13	16,7
	Outros estados	10	12,8
	Não respondeu	2	2,6
	Total	78	100

Sexo	Masculino	44	56,4
	Feminino	34	43,6
	Total	78	100

Na tabela acima podemos observar que 47 alunos entrevistados já haviam feito o estágio rural obrigatório<sup>2</sup>, e dentre eles, 44 trabalharam no Programa Saúde da Família durante o estágio (**gráfico 3**). Isto demonstra que boa parte dos estudantes que participaram da pesquisa já tiveram algum contato prático com o PSF.

Também nos chamou atenção que os estudantes respondentes são oriundos (**gráfico 4 e tabela 1**) predominantemente de Fortaleza.

O perfil típico do interno participante da pesquisa é o seguinte: cursou o ensino médio em escola particular (72 alunos - 92,3%), solteiro (69 alunos - 88,5%) que mora com os pais (50 alunos - 64,1%) e é sustentado pela família (48 alunos - 61,5%) que tem renda acima de 10 salários mínimos (52 alunos - 66,7%).

Quando perguntados se tinham idéia do que seria o PSF todos responderam que sim. De fato, ao responderem às questões abertas relativas às noções básicas sobre o PSF (o que é, quem atua e quais as atribuições do médico), boa parte dos entrevistados demonstraram que tinham um razoável conhecimento, apesar de haver, de modo geral, noções incompletas ou distorcidas.

Quanto ao plano profissional pós-formatura, a pesquisa evidenciou que o PSF é atraente de forma imediata (**gráfico 6 e tabela 2**), pois 57 estudantes (73%) admitiram a possibilidade de trabalhar no referido programa, divididos entre os que vinculam esta opção à não aprovação no concurso para residência médica (31 estudantes - 39,7%) e os que irão para o PSF independentemente de qualquer condição (26 estudantes - 33,3%). Apenas 2 estudantes (2,6%) afirmaram que não trabalhariam no PSF sob hipótese alguma. Veja tabela abaixo:

---

<sup>2</sup> O estágio rural obrigatório, também chamado de CRUTAC, tem duração fixa de um mês e é realizado sempre em algum município do interior do Ceará

**Tabela 2 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo seus planos pós-formatura - Fortaleza, janeiro a julho de 2001**

<b>Plano profissional pós-formatura</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Trabalhar no PSF se não for aprovado na residência	31	39,7
Trabalhar no PSF independente de qualquer condição	26	33,3
Não trabalharia no PSF sob hipótese alguma	2	2,6
Fazer residência em Medicina Geral Comunitária ou Saúde da Família	0	0
Planos indefinidos / outros planos	19	24,3
Total	78	100

Ficou claro também que o PSF não é a opção de trabalho definitiva, porque além do fato de haver vinculação da opção pelo trabalho no referido programa com a não aprovação no concurso da residência por uma parcela dos estudantes, 80,8% dos que afirmaram que trabalhariam no PSF independente de qualquer outra condição, referiram que seria em caráter provisório, para a seguir atuar em outro campo de trabalho médico. Nenhum estudante assinalou a opção de que iria trabalhar no PSF de forma definitiva e 19,2% dos que trabalhariam no referido programa, independente de qualquer outra condição, ainda não definiram se seria em caráter provisório ou definitivo (**gráfico 7 e tabela 3**).

**Tabela 3 – Distribuição dos estudantes que pretendem trabalhar no PSF independentemente de qualquer condição segundo seus planos futuros Fortaleza, janeiro a julho de 2001**

<b>Entre os que irão para o PSF independente de qualquer condição</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Trabalharão em caráter provisório	21	80,8
Não definiu se será em caráter provisório ou definitivo	5	19,2
Trabalhará em caráter definitivo	0	0
Total	26	100

Para reforçar a hipótese de que o PSF não é opção definitiva, lembro que, conforme visto em tabela já apresentada, nenhum dos entrevistados respondeu que iria fazer residência em Medicina Geral Comunitária ou em Saúde da Família com o intuito de trabalhar no Programa Saúde da Família.

Quando indagados sobre em qual área da medicina iriam atuar de forma definitiva, nenhum estudante respondeu que seria Saúde da Família ou algo similar, como Atenção Primária ou Medicina Geral Comunitária. Apenas uma pessoa respondeu “*Saúde Materno-Infantil*”, a área que mais se aproximou do PSF entre as respostas encontradas. As áreas preferidas foram (**gráfico 8 e tabela 4**): Clínica, Cirurgia, Cardiologia, Dermatologia, Ginec obstetrícia, Otorrinolaringologia e Pediatria.

**Tabela 4 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo a área médica em que pretendem atuar em definitivo  
Fortaleza, janeiro a julho de 2001**

Área médica em que pretendem atuar em definitivo	Número	%
Clínica	13	16,7
Cirurgia	8	10,3
Cardiologia	6	7,7
Dermatologia	5	6,4
Ginec obstetrícia	4	5,1
Otorrinolaringologia	4	5,1
Pediatria	4	5,1
Outras	22	28,2
Não respondeu	12	15,4
Total	78	100

Com relação ao ambiente de trabalho (**gráfico 9 e tabela 5**), a preferência absoluta ficou para o hospital (77%), e uma pequena minoria (6,4%) manifestou preferência por trabalhar em posto de saúde. Os locais específicos de trabalho preferidos foram (**gráfico 10 e tabela 5**): ambulatório, centro cirúrgico e emergência (12,8%).

**Tabela 5 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo suas preferências relativas ao trabalho médico Fortaleza, janeiro a julho de 2001**

<b>Ambiente de trabalho preferido</b>		<b>Número</b>	<b>%</b>
	Hospital	60	77
	Posto de Saúde	5	6,4
	Laboratório	1	1,3
	Outro	8	10,3
	Não respondeu	4	5
	<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

<b>Local específico de trabalho preferido</b>			
	Ambulatório	29	37,2
	Centro cirúrgico	13	16,7
	Emergência	10	12,8
	Enfermaria	9	11,5
	Outro ambiente	4	5,1
	Não respondeu	13	16,7
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	

<b>Porte de cidade em que preferem trabalhar</b>			
	Capitais	50	64,1
	Médias cidades (exemplos: Sobral, Mossoró, Juazeiro)	18	23,1
	Pequenas cidades	7	9
	Não respondeu	3	3,8
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	

Estes resultados apontam para o predomínio hospitalar da formação médica na Universidade Federal do Ceará. Fica difícil imaginar a permanência destes futuros médicos, vocacionados para o trabalho hospitalar, trabalhando, nas unidades básicas de saúde do PSF por muito tempo. Chamou-nos a atenção que dentre os 26 estudantes que afirmaram que iriam trabalhar no PSF, independente de qualquer condi-

ção, 69% (18 estudantes) preferem trabalhar em hospital e 50% (13 estudantes) especificamente em enfermagem, o que caracteriza a opção temporária pelo PSF.

Como se vê na **tabela 5** e no **gráfico 11**, a maioria absoluta dos estudantes respondentes prefere trabalhar em capitais. A preferência pelas capitais é um dos grandes motivos que desestimulam a opção pelo trabalho no PSF. “*Não querer morar no interior*” e respostas similares foi amplamente citada na questão que indagava quais os motivos que levariam um médico a optar por não trabalhar no PSF.

Quase todos os participantes da pesquisa (75 estudantes - 96,1%) afirmaram que tinham idéia sobre o salário líquido do médico do PSF, e destes, 45 (60%) escreveram um valor entre R\$ 3000 e R\$ 3999, e 26 (34,6%) escreveram um valor entre R\$ 4000 e R\$ 4999. Quando se perguntou qual o conceito sobre o salário respondido, os resultados expressos no **gráfico 12** e na **tabela 6**) nos levam a pensar que o salário do médico do PSF é atraente, pelo menos de forma imediata após a graduação, para 75,6% dos entrevistados.

**Tabela 6 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo seus conceitos sobre o salário do médico do PSF Fortaleza, janeiro a julho de 2001**

Conceito sobre o salário do médico do PSF	Número	%
É bom apenas para quem está em início de carreira	38	48,7
É bom	21	26,9
É ruim	7	9
Outro conceito	9	11,5
Não tem idéia de quanto ganha um médico do PSF	2	2,6
Não respondeu	1	1,3

As questões fechadas deixam bem claro que os futuros médicos pesquisados têm interesse de trabalhar no PSF, mas de modo temporário, para a seguir atuar em outra área da medicina. As questões abertas nos esclarecem o que esses estudantes atribuem como motivos para pensar dessa forma.

Inicialmente foi perguntado quais motivos levariam um médico a

optar por trabalhar no PSF. A resposta predominante foi *“dinheiro”* ou respostas similares, encontrada em 63 questionários (80,7%). Outros motivos citados que podemos destacar foram: gostar do trabalho no PSF, que inclui gostar do envolvimento com a comunidade e contato com paciente; adquirir experiência; e ter melhor qualidade de vida, fugindo dos plantões. O retorno financeiro imediato de fato se destacou amplamente como o grande atrativo para os estudantes desejarem trabalhar no PSF. Alguns estudantes fizeram questão de enfatizar isso respondendo *“1-dinheiro, 2-dinheiro, 3-dinheiro”*, talvez querendo deixar bem claro que a única coisa que lhes atrai ao PSF é o dinheiro, nos levando a pensar que possa estar implícito um desprezo ou desprestígio por este campo profissional.

Este desprezo pode ser claramente percebido em um dos questionários, onde o estudante, quando perguntado qual seria o seu plano profissional após a formatura, respondeu: *“como me formo no meio do ano pretendo TALVEZ fazer uns 3 meses de PSF para ganhar dinheiro e não ficar sem fazer nada”* (sic). O mesmo estudante reforça seu desdém ao responder que os motivos que levariam um médico a trabalhar no PSF seriam *“dinheiro, comodismo e falta de opção”*. Também chamou-nos a atenção que o desprezo demonstrado por este estudante não é decorrente da falta de noção sobre o PSF, pois ele havia respondido muito bem às perguntas sobre o que é PSF, quem atua nele, e quais as atribuições do médico que nele trabalha. Outro estudante explicitou o mesmo desprezo quando escreveu *“não crescimento profissional, pois não estudei 6 anos para tratar verminoses ou doenças deste tipo”* como resposta ao que levaria um médico a optar por não trabalhar no PSF.

Na segunda pergunta aberta solicitava-se que os participantes citassem os motivos que levariam um médico a optar por não trabalhar no PSF. O motivo predominante foi *“as poucas condições de trabalho oferecidas pelos municípios”* e respostas similares. De fato, ao apreciarem a afirmação *“a maioria dos municípios não oferece adequadas condições de trabalho ao médico do PSF”*, 57 estudantes (73,1%) assinalaram que concordavam totalmente com ela. Os outros fortes motivos encontrados foram: fazer residência, falta de estímulo e/ou condições para se



atualizar (distância dos grandes centros), não querer morar no interior e questões trabalhistas (instabilidade, atrasos nos salários, falta de direitos trabalhistas).

Na terceira pergunta aberta solicitava-se que os participantes citassem os motivos que levariam um médico que trabalha no PSF a deixá-lo e procurar outra área de exercício profissional. Os principais motivos citados foram a procura por melhoria financeira e o desejo de fazer residência em outra área. De fato, 48 estudantes (61,5%) concordaram totalmente com a afirmação “a longo prazo, o médico especialista ganha mais dinheiro do que o médico do PSF”, e 48,7% acham que o salário do médico do PSF “é bom apenas para quem está em início de carreira”, como já foi dito acima. “*Passar na prova de residência*”, “*procurar fazer o que realmente gosta (especialização)*”, buscar a “*verdadeira vocação*” e “*o PSF permite que haja um tempo para decidir qual área que atuar em definitivo*” são afirmações que demonstram que fazer residência em uma área especializada é o objetivo final dos estudantes de medicina.

O fato de permanecer no Programa Saúde da Família está associado à idéia de atraso profissional, pois a “*necessidade de evoluir na carreira*” e “*o PSF não dá formação ao médico e fará com que o médico não cresça profissionalmente*” também foram citadas como resposta à terceira questão aberta. Confirmando este pensamento citamos o “*medo de não se especializar*”, “*não se atrasar profissionalmente*” e “*ficar acomodado e não procurar fazer especializações e atualização dos conhecimentos médicos modernos*” como respostas à segunda questão aberta.

As questões trabalhistas também foram destaque na terceira questão aberta, incluindo também a instabilidade, atrasos dos salários, e a falta de direitos trabalhistas. De fato, 55 estudantes (70,5%) pesquisados concordaram totalmente com a afirmação “o médico do PSF não possui adequados direitos trabalhistas ou estabilidade”.

Outro importante motivo que faz com que os médicos abandonem o PSF, na opinião dos estudantes, são as fortes interferências políticas que este programa sofre, a “*politicagem*”, expressão encontrada em alguns questionários. A quase totalidade (72 - 92,3%) dos estudantes concordou totalmente com a afirmação “o médico do PSF fica muitas

vezes sujeito às instabilidades políticas municipais e a alguns gestores incompetentes e/ou desonestos”.

Alguns também citaram como resposta à terceira questão aberta expressões como “*desestímulo*”, “*frustração*” e “*desilusão*”, revelando que para eles pode haver uma expectativa positiva de trabalho, que é contrariada quando se tem a experiência da realidade do Programa Saúde da Família.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Os resultados acima descritos nos levam a confirmar a nossa hipótese inicial. O trabalho no Programa Saúde da Família realmente não é encarado como opção profissional definitiva pelos estudantes de medicina da Universidade Federal do Ceará. O pensamento hegemônico é de que esta atividade profissional é eminentemente temporária, até que se chegue à aprovação em um concurso para residência médica em outra área, que seria a definitiva na vida profissional. O PSF é considerado atraente para recém-formados que não conseguiram aprovação imediata no concurso para residência médica e para os que não querem ou não podem fazer o concurso imediatamente (graduados no meio do ano). Eles vêem o trabalho no PSF como uma boa oportunidade (com uma boa qualidade de vida) para adquirir um pouco de experiência, e, principalmente, para ganhar dinheiro a fim de adquirir uma boa base financeira para dar início à residência médica em outra área.

Ficou claro, também, que o PSF é encarado pelos estudantes de medicina da Universidade Federal do Ceará como uma atividade de menor prestígio profissional, um estágio inicial – portanto inferior – na evolução da carreira médica. Esta forma de pensar, conseqüentemente, os leva a ter a idéia de que permanecer neste campo de trabalho é sinônimo de estagnação profissional, sendo fundamental, após um curto período de trabalho no PSF, procurar se especializar em alguma outra área da atividade médica a fim de dar seqüência ao crescimento profissional.

A pesquisa também evidenciou que o retorno financeiro é um fator que influencia bastante os estudantes nos seus planos de vida profissional. Eles vêem o PSF como boa perspectiva de ganhos imediatos, mas

sem possibilidade de ascensão. Ascender financeiramente é mais um dos motivos que fazem com que os estudantes pensem em buscar a especialização em outras áreas médicas.

As precárias relações trabalhistas, as más condições de trabalho, a dificuldade de acesso a atualização científica e a submissão a interferências políticas são fatores bastante presentes em muitos municípios e que contribuem para diminuir a atração dos estudantes de medicina para o trabalho no PSF. O não desejo de morar em pequenas cidades também é um fator desestimulante para que os futuros médicos optem pelo trabalho no referido programa.

Este estudo nos leva a pensar que, pelo menos no curto prazo, o Sistema Único de Saúde não disporá de profissionais médicos interessados em encarar o PSF como opção vocacional, embora haja um grande número de futuros médicos que desejem nele trabalhar durante o início da carreira.

No nosso entender, o Sistema Único de Saúde, para ter boa qualidade, necessita de que o PSF, que é a base de estruturação do sistema, seja de qualidade. Isto nunca irá ocorrer enquanto não houver profissionais plenamente capacitados, motivados e vocacionados para o trabalho no referido programa. É preciso, pois, que sejam urgentemente implementadas políticas de curto e de longo prazo para reverter a atual situação de desinteresse e inaptidão dos médicos para a atuação no PSF.

É fundamental que o ensino médico seja amplamente reformulado, não apenas na grade curricular, mas em toda a sua ideologia. É necessário superar o paradigma *flexneriano* e romper o monopólio do hospital terciário como único espaço de ensino. Urge formar médicos cujos conhecimentos e atitudes não sejam exclusivamente biológicos e técnicos, e sim, integralmente qualificados, com bom conhecimento holístico e hábeis no lidar com pessoas e grupos humanos.

Atualmente (a partir de 2001) está em curso uma reforma curricular na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará visando pôr em prática o novo modelo de ensino médico defendido neste trabalho. Esperamos que o tempo demonstre que o objetivo foi realmente alcançado.

Além da reforma do ensino médico, é necessário que haja políticas que atraiam os médicos para uma longa permanência no PSF. É fundamental que haja estabilidade, garantias trabalhistas, salários em dia e possibilidade de ascensão salarial. Para que isto seja concretizado, a nossa sugestão é que a política de recursos humanos seja estadualizada ou federalizada. A princípio pode parecer um retrocesso na gradual descentralização do Sistema Único de Saúde que vem ocorrendo, mas a realidade vem nos levando a pensar que a municipalização total do controle dos recursos humanos é a grande causadora da atual desorganização do mercado de trabalho para o PSF.

Atualmente, o único regulador para a relação entre profissionais de saúde da família e os municípios contratantes é o mercado e a boa vontade de ambos os lados. Isto gera total instabilidade e falta de compromisso mútuos. Por um lado, muitos gestores submetem seus profissionais a atrasos de salários (até mesmo a calotes), desrespeito, interferências políticas, não concessão de direitos trabalhistas, falta de reajuste salarial e ausência de vínculo empregatício (não podemos nos esquecer da instabilidade gerada pela troca quadrienal de gestão). Por outro lado, os profissionais, principalmente os médicos, tendem a não ter compromisso com o município e a mudar freqüentemente de um município para outro, atraídos por propostas salariais mais atraentes ou repulsos por insatisfações no município em que trabalhavam anteriormente. É gerado, então, um círculo vicioso: os médicos mudam muito de município e passam pouco tempo no PSF porque não têm estabilidade ou direitos trabalhistas; os gestores não dão estabilidade ou direitos trabalhistas porque sabem que os médicos são altamente rotativos.

Como sugestão para mudar este atual quadro de caos na política de recursos humanos para o PSF, a melhor solução, no nosso entender, seria a criação da carreira de “médico de família” (e a criação da carreira dos outros profissionais envolvidos no programa). O médico entraria nessa carreira através de concurso público em nível estadual ou federal, o que lhe garantiria a estabilidade e os direitos trabalhistas. Os salários seriam estipulados e pagos pelo estado. Haveria correções periódicas das perdas inflacionárias, ascensão salarial por tempo de serviço e pela

titulação obtida. Seria permitida a transferência de um município para outro, de acordo com a necessidade do profissional e dos municípios, e da disponibilidade de vagas. Também seria garantido e apoiado pelo estado o acesso a educação continuada (livros, cursos, artigos e eventos científicos), através das cidades caracterizadas como centros regionais.

Todas as propostas já apresentadas aqui não seriam suficientes para melhorar a qualidade do PSF e para atrair as vocações dos futuros médicos, se a carreira de “médico de família” não for vista com um olhar de prestígio, como acontece na Inglaterra, por exemplo. Vimos no presente estudo que os estudantes encaram o exercício da medicina de família como algo inferiorizado diante de outros campos de trabalho médico. É claro que se as propostas já descritas aqui se tornassem realidade, o prestígio da carreira de “médico de família” aumentaria bastante. Porém, é preciso também que a “medicina de família” seja reconhecida como especialidade médica e que se amplie a oferta de pós-graduações de qualidade nesta área, sejam elas residências ou especializações.

Além das políticas de médio e longo prazo já discutidas, poder-se-ia também implementar medidas de curto prazo para atrair os estudantes de medicina para o PSF. Uma idéia seria aumentar a carga horária do estágio rural obrigatório, pois a duração atual de um mês é insuficiente para um bom contato do estudante com o PSF. Outra sugestão seria ampliar a divulgação teórica sobre o PSF entre os acadêmicos, talvez através de palestras, reuniões, cursos ou ofertas de bolsas de pesquisa ou de extensão nessa área.

O nosso sonho é que, no futuro, o Sistema Único de Saúde, como é definido pela lei, seja uma realidade no Brasil, organizado com o alicerce de uma atenção primária bem organizada e de qualidade, onde nela trabalhem profissionais motivados, capacitados, admirados e respeitados pela sociedade.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Campos GWS: Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15, n.4, jan, 1999.

Feuerwerker LCM: Mudanças na educação médica e residência médica no

Brasil. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998

Mendes EV: Uma agenda para a saúde. 2.a edição. São Paulo: Hucitec, 1999.

Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família – O que é. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>>. Acesso em: 12 Out. 2001.

Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família – Quantos somos. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/equipes/quantos.asp#>>. Acesso em: 12 Out 2001.

Schraiber L: Educação médica e capitalismo. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1989

Stella RCR *et al*: Graduação médica e especialização: uma incompatibilidade aparente. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v.43, n.4, p.290-4, out, 1997.

# **Conselho Federal de Medicina**

# **Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará**





Rua João Cordeiro, 1285  
(85) 3253.2222 • Fortaleza-CE  
[www.expressaografica.com.br](http://www.expressaografica.com.br)

FILIADA À CÂMARA BRASILEIRA DO LIVRO

**EXPRESSÃO**  
GRÁFICA



# CONCURSO DE MONOGRAFIAS

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ  
2002/2004

SALA PPF



UMA MESA DIRETORA → JGLATU, 3 de Agosto 2004  
ZILHO DA GALGUEIRA

ISBN 897563175-6

