



O trabalho do Interno de Pediatria e as oportunidades de aprendizagem

João M. Videira Amaral

Clínica Universitária de Pediatria - Hospital Dona Estefânia, Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa

Resumo

O período do internato médico constitui uma experiência de pós-graduação fundamental para a aquisição de competência ou especialização em determinada área.

A propósito dum artigo abordando o trabalho do interno nos EUA e a experiência do autor como responsável pela formação de internos, foram abordados aspectos relacionados com o desempenho do médico em formação, tendo como ponto de partida o panorama do respectivo regime em termos de carga horária de trabalho nos EUA e no Reino Unido.

Embora mais horas de trabalho proporcionem maior número de oportunidades de aprendizagem, haverá que ter em conta o papel indispensável do orientador de formação que, idealmente, deverá promover o chamado “espírito andragógico” no interno.

Por fim, chamando-se a atenção para a necessidade de o interno não perder as oportunidades de aprendizagem, conclui-se que se torna fundamental racionalizar o número de horas de treino, a fim de evitar o estresse e a quebra de rendimento da própria aprendizagem.

Palavras-chave: Internato; Pediatria; Horas de trabalho; Oportunidades de aprendizagem; Legislação

Acta Pediatr Port 2006;2(37):73-5

The Pediatrics Residents' amount of work and the opportunities for apprenticeship

Summary

The residency is an educational experience that completes a physician's preparation for independent practice.

On the occasion of revisiting a paper published some years ago on the paediatrics residency in the United States of America (USA), and taking into account the author's experience on residency clerkships, some issues related to hours of work and opportunities for apprenticeship, either in the United States or in Europe, including Portugal, are commented on.

Despite some restrictions concerned with limitations of hours of work during residency in both continents, as a matter of

fact the limits for work are much more strict in Europe as compared to those of the USA. Commenting on the tutor profile for a better teaching and practical training, it is concluded that there is a need for promoting an andragogical spirit among the trainees.

At last, the pedagogical message for the trainees is not to lose the opportunities for training, proportionally related to amount of work.

Key-words: Residency; Paediatrics; Hours of work; Training opportunities; Legislation

Acta Pediatr Port 2006;2(37):73-5

Introdução

A educação médica tradicional tinha como objectivo essencial a transmissão de conhecimentos que os discentes deviam reter na sua memória. Com efeito, estes eram levados a pensar que a sua formação dependia essencialmente da sua capacidade de memorizar o máximo de informação que lhes era veiculada de modo passivo, em detrimento da prática ou aplicação dos mesmos conhecimentos, e da aquisição de aptidões, atitudes e valores, essenciais para o seu desempenho futuro ¹.

O ensino-aprendizagem da clínica (no caso que nos interessa, da criança e do adolescente) constitui um elemento essencial da educação médica, desde a pré- e pós- graduação ao desenvolvimento profissional contínuo. Por conseguinte, a aquisição de competências surge, pode dizer-se, numa relação directa com oportunidades de ensino e de aprendizagem e o trabalho efectivo acumulado na prática diária ².

O objectivo deste artigo, que dedico aos internos de pediatria, é analisar alguns aspectos relacionados com o trabalho tutelado que é desenvolvido por aqueles durante os estágios.

Modelos de desempenho do interno

No âmbito da responsabilidade como formador dos internos de Pediatria, sempre foi minha estratégia no processo de integração dos mesmos no início do estágio (incluindo reunião prévia explicativa em que eram definidos os objec-

Recebido: 28.04.2006

Aceite: 30.04.2006

Correspondência:

João M. Videira Amaral
Departamento de Medicina
Hospital de Dona Estefânia, Lisboa
E-mail: jmvamaral.ped@fcm.unl.pt

tivos, estratégias, metodologias de trabalho e critérios de avaliação), a distribuição de um conjunto de artigos científicos e doutros textos relacionados com tópicos considerados essenciais.

Do conjunto de tais artigos, fazia parte um, já não recente, que recomendava de modo muito especial pelo facto de, no meu entendimento, veicular uma mensagem muito importante: para a aquisição de experiência clínica e de competências específicas é preciso estudar muito, trabalhar muito e ter espírito de iniciativa.

O artigo, intitulado “*A formação do pediatra*”, é da autoria duma pediatra portuguesa já falecida (Maria Patuleia), que fez a sua carreira nos Estados Unidos da América do Norte (EUA) e que tive o privilégio de conhecer no meu hospital, onde proferiu uma conferência ³.

Passo a transcrever algumas partes do referido artigo que poderão tipificar com certa fidelidade o regime de trabalho do interno de pediatria norte-americano:

“(…) O interno é, digamos, o soldado da linha da frente; trabalha vinte e quatro horas consecutivas, algumas vezes dia sim dia não, e é sempre o primeiro a ser chamado, seja qual for a causa, o departamento ou a hora; tem a responsabilidade de todos os doentes da área que lhe é distribuída, é o primeiro a aparecer na enfermaria e é obrigado a fazer as colheitas do dia, tem a seu cargo as endovenosas de todos os doentes, sacrifica o tempo de dormir para preparar as palestras semanais, apresenta os doentes durante as visitas dirigidas pelos chefes ou directores, e tem o direito de chamar o senior quando a situação o exige, sem no entanto, abusar desse privilégio (…)”.

“(…) É também ao interno que cabe o dever de preparar os internamentos do dia e da noite, mas não pode admitir ou dar altas, nem assinar certidões de óbito (…). Durante o internato, o médico em formação nos Estados Unidos faz o que se pode chamar um teste de resistência física, inteligência e disciplina que o prepara para o resto da carreira ou o elimina.”

“(…) Todos os internos em treino pediátrico, seja qual for o seu ano, são obrigados a assistir às diferentes conferências diárias, a tomar parte em todas as discussões sobre os casos clínicos, e a participar na observação e tratamento de doentes das consultas externas, quer da Pediatria, quer das subespecialidades. A sua falta nas actividades do programa em vigor é registada pelo responsável pela formação, que pode usá-la como informação não abonatória, se assim o entender (…)”.

Durante estágio que realizei no Reino Unido (Cambridge), há mais de 20 anos, tive oportunidade de protagonizar algo semelhante ao que foi descrito, sendo de realçar uma forte ligação entre o orientador de formação (ou tutor) e o interno; este podia ser chamado, para sua casa, se, por exemplo, pelas 3 horas de determinada madrugada, e fora do habitual dia de serviço de urgência semanal (que nos fins de semana abrangia por vezes sábado e domingo) surgisse determinada situação ou necessidade de realização de técnica ou procedimento de interesse formativo para o interno tutelado.

Tratando-se do serviço de urgência, será importante esclarecer que o panorama das urgências, correcta e disciplinada-

mente referenciadas num hospital central britânico, nada têm a ver com o panorama diversificado (leia-se, caótico) do nosso país e nas grandes urbes ^{4,5}.

Comentários

As linhas e ideias explanadas atrás, relacionadas com o processo formativo, levantam algumas questões interessantes que importa discutir:

- O trabalho (árduo) conduz a uma melhor rendibilização das oportunidades de aprendizagem, pois é susceptível de contribuir para a aquisição de competências num mais curto espaço de tempo. Estou a lembrar-me da duração actual do internato de pediatria, de 5 anos: com trabalho mais intensivo, tal período poderia ficar mais reduzido, aproveitando parcela significativa do mesmo para a subespecialização.

- A questão anterior não se pode dissociar do papel do orientador de formação, cuja eficácia e eficiência dependem dum conjunto de atributos tais como: disponibilidade permanente para os internos, superintendendo de perto os respectivos desempenhos; estímulo para a participação activa dos internos; boa capacidade de comunicação, propiciando oportunidades de aprendizagem, etc. ⁶.

M Knowles, nos Estados Unidos, introduziu pela primeira vez o termo de andragogia (derivado do grego *andros* ou homem adulto) definindo-o como a “arte e a ciência de ajudar os adultos a aprender” - o que implica pró-actividade e espírito de iniciativa do formando-, por oposição ao termo de pedagogia (do grego *pedos* ou criança) que tem uma conotação paternalista, pois diz respeito ao ensino de modo semelhante ao que classicamente se faz (ou se fazia) às crianças.

Com efeito, as principais linhas de força da andragogia são: a participação dos estudantes no diagnóstico das suas próprias necessidades, encorajando-os para a formulação dos seus próprios objectivos de aprendizagem, e envolvendo-os na efectivação dos seus planos de aprendizagem e na avaliação da mesma aprendizagem. A atitude andragógica, por sua vez, contribui para a aquisição do atributo designado por profissionalismo ^{7,8}.

A este propósito, no artigo de Patuleia, que serviu de base a estas reflexões, é curioso notar o “espírito andragógico na formação” que está subjacente na frase que torno a transcrever: “*o interno tem o direito de chamar o senior quando a situação o exige, sem no entanto, abusar desse privilégio ...*” ³.

- Outra questão que se levanta relaciona-se com as condições de trabalho.

De facto, pode considerar-se violento o trabalho descrito no mesmo artigo ³, ao tempo 100 horas por semana ⁹. Importa, pois, encontrar um equilíbrio entre o máximo de oportunidades e o máximo de rendibilidade de aprendizagem, considerados os riscos decorrentes da fadiga e do estresse, o que pode comprometer a própria aprendizagem e conduzir a erros por má prática.

E, relativamente a esta questão, qual a legislação actual na Europa, nos EUA e em Portugal? Da literatura consultada, foram apurados os seguintes dados:

- A legislação actual dos EUA, através do *Accreditation Council for Graduate Medical Education*, considera o limite de 80 horas por semana, com períodos de turnos não superiores 24 horas seguidas, e um período mínimo de 10 horas de pausa entre dois turnos de 24 horas!

Torna-se evidente que este panorama deverá ser enquadrado num país de características especiais de competitividade entre instituições que promovem a formação¹⁰.

- Na seio da União Europeia, o panorama tem variantes quanto a máximos de horas permitidas por semana, quer para médicos em formação, quer para especialistas: entre 48 horas e 56 horas por semana, divergindo neste cômputo os critérios de serem contadas ou não as horas em regime de disponibilidade não presencial (na nossa gíria, “estar de chamada”)¹¹⁻¹⁴.

- Especificamente, em Portugal, a legislação sobre o regime de trabalho dos internos estipula o máximo de 42 horas por semana, sem dedicação exclusiva¹⁵. Facto curioso e paradoxal é o que se relaciona com o panorama dos serviços de urgência nos grandes centros como cenários de treino clínico dos internos: o “caos” por vezes instalado - em relação com as situações de “plétora” de urgências “verdadeiras” e “de não urgências” que recorrem aos mesmos serviços - constitui factor de estresse e de fadiga para quem está a aprender; todavia, o mesmo panorama, de modo perverso, contribui para incrementar as oportunidades de aprendizagem.

Em suma, foram abordados aspectos relacionádos com o trabalho do interno, tendo como ponto de partida das reflexões o panorama do respectivo regime nos EUA e no Reino Unido. Embora mais horas de trabalho proporcionem maior número de oportunidades de aprendizagem, haverá que ter em conta o papel indispensável do orientador de formação que deverá promover o chamado “espírito andragógico”.

Por fim, chama-se a atenção para a necessidade de racionalizar o número de horas de treino, a fim de evitar o estresse e a quebra de rendimento da própria aprendizagem.

Referências

1. Costa JTSS. A organização dos internatos médicos em Portugal. *Revista do Interno* 1993;4:1-14.
2. Dent J, Harden R. *A Practical Guide for Medical Teachers*. London: Churchill Livingstone, 2005.
3. Patuleia MC. A formação do pediatra. *Rev Port Pediatr* 1974;2:188- 92.
4. Amaral JMV. Curso de pós-graduação sobre pediatria perinatal em Oxford (Reino Unido). *Bol Pediatr Hosp Dona Estefânia* 1985;1(2):11-5.
5. Amaral JMV. Estágio na Rosie Maternity/Addenbrooke’s Hospital em Cambridge (Reino Unido). *Bol Pediatr Hosp Dona Estefânia* 1985; 1(3):5-15.
6. Carneiro AV. Algumas reflexões sobre as necessidades em formação de um tutor do futuro 6º ano do curso médico. *Boletim SPEM* 1997; 7:10- 6.
7. Kliegman RM, Marcante KJ, Jenson HB, Behrman RE. *Nelson Essentials of Pediatrics*. Philadelphia:Elsevier Saunders, 2006.
8. Kaufman DM. Educational theory in practice. *BMJ* 2003;12:385-90.
9. Mota J. O controlo das horas de trabalho dos internos. *Tempo Medicina* 2006;(1172/ 17de Abril):2E.
10. Philibert I. Residents’ hours of work. *BMJ* 2002;325:1184-5.
11. Veasey S, Rosen R, Barzansky R, Rosen I, Owens J. Sleep loss and fatigue in residency training: a reappraisal. *JAMA* 2002;288:1116-24.
12. Weinger M, Ancoli-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance. *JAMA* 2002;287:955-7.
13. Tuffs A. European Court ruling means. Germany likely to need more doctors. *BMJ* 2003;327:640.
14. Watson R. EU proposes changes to working time directive. *BMJ* 2004; 329:761-2.
15. Regime de trabalho dos internos. Diário da República 2004 – Iª série-A/Decreto-lei 203/2004: 5355.