



## Avaliação da competência clínica nos concursos: os velhos e os novos critérios. *Acta Pediatr Port* 2005;36:91-3.

Carta recebida a 22.09.2006

Exm<sup>o</sup> Senhor Director

Li com a devida atenção o artigo sobre concursos escrito pelo Professor Videira Amaral e publicado na Acta Pediátrica há uns meses atrás, que me levou a fazer algumas considerações, no preciso momento em que as carreiras médicas são postas em causa diariamente, com a aquiescência silenciosa da classe médica. Neste assunto, como noutros, cada um tem aquilo que merece e nós, com certeza, merecemos o que nos está acontecer. Alguns ainda estrebucham mas a nossa forma de organização colectiva leva a que as opiniões individuais só muito dificilmente dêem origem a uma modificação nas decisões já tomadas.

Pelo que tenho presenciado, estamos a viver um processo de transição em que os concursos são de natureza “mista”. Por um lado, a legislação impõe que haja uma grelha classificativa, que se respeitem os critérios definidos por lei, que conduziram à escolha dos melhores. Por outro lado, as pressões para que sejam providos determinados candidatos são grandes, o que leva a que sejam distorcidas as classificações para que os fins sejam atingidos, o que conduz muitas vezes à escolha dos mais servis. Dir-me-ão porventura que sempre assim foi. Talvez, mas não tanto como agora e por variadíssimos motivos!

O autor do artigo propõe, para solucionar este impasse em que se caiu pela impugnação de um número excessivo de concursos, que haja uma prova prática que ajudaria o júri a resolver as dificuldades que surgem por não se conhecerem devidamente os candidatos a não ser pelo *curriculum vitae* que apresentam. Não penso que essa seja a solução porque me parece que, aos 50 anos, a idade da prova prática já terá passado mas, pelo contrário, a discussão dos trabalhos publicados, que raramente acontece, poderia propiciar um debate equivalente a uma prova dessa índole. Por outro lado, e pelo que tenho observado, há frequentemente uma grande disparidade na avaliação individual dos candidatos pelos diversos membros do júri mas, no final, as classificações são dadas por unanimidade.

O método utilizado até ao momento nos concursos de final de Internato, em que o número de membros do júri exteriores ao serviço ultrapassa os do próprio serviço, parece-me um primeiro passo para que uma maior justiça possa ser atingida. Outra possibilidade mais drástica, mas infelizmente mais em voga, é a que passa pela contratação pura e simples das pessoas individualmente para o exercício, por exemplo, do cargo de chefe de serviço, acabando-se dessa forma definitivamente com as carreiras médicas. Esta contratação parece-me mesmo

assim preferível a este sistema “misto” em que vivemos. Mas deverá ser complementado por alguns itens, como o da responsabilização individual pelos resultados obtidos, e pelo fim das contratações vitalícias de todos os graus existentes, nomeadamente do de Director de Serviço.

António Levy Gomes  
Pediatra, Neuropediatra do Hospital de Santa Maria.  
Lisboa, 22 de Setembro de 2006

### RESPOSTA

Resposta recebida a 31.10.2006

Exm<sup>o</sup> Senhor Dr António Levy

Meu caro amigo

Em primeiro lugar, agradeço-lhe a carta com data de 22 de Setembro de 2006, referente a um escrito meu sobre “concursos da carreira médica hospitalar” publicado no número de Janeiro/Fevereiro de 2005 da Acta Pediátrica Portuguesa (*Acta Pediatr Port* 2005;36:91-3).

O seu contributo e os seus pontos de vista pertinentes, relacionados com os problemas da pediatria actual, enriquecem os conteúdos da revista de todos nós. Como director, teria muito gosto que mais correspondência enviada para o corpo editorial da APP contribuísse para o debate de ideias.

As reflexões que se seguem como resposta surgem, de facto, numa fase de mudança de várias políticas no nosso país com repercussões nas carreiras médicas (em vias de extinção) e, por consequência, nos critérios de recrutamento de médicos de topo para as instituições. De facto, avaliar e classificar é das tarefas mais difíceis e arriscadas!

Algumas questões abordadas no meu artigo poderão ser consideradas polémicas. Ninguém se podendo considerar detentor da verdade absoluta, foi minha intenção, com base na experiência vivida, transmitir uma mensagem pedagógica, no pressuposto de que uma maior exigência na avaliação de pares contribuirá para a melhoria da qualidade da pediatria praticada. (*Acta Pediatr Port* 2000;31:283-6)

Debruçar-me-ei sobre as ideias mestras da sua carta, deixando para o fim a mais polémica, mas para mim também a mais importante: as provas clínicas nos concursos para chefe de serviço.

- A questão do acesso ao mais elevado grau da carreira pressupõe que o critério de recrutamento para chefe de serviço (quer por concurso clássico, quer por outro qualquer critério) se deve pautar por um critério de exigência muito mais selectivo do que para o de assistente. Ora, a mim me parece que os modelos (ainda) vigentes são praticamente sobreponíveis, discriminando pouco ou nada entre competências exigidas para o provimento de assistente e de chefe de serviço.
- Concordo perfeitamente com o seu ponto de vista quanto à composição dos júris, com vista à garantia de imparcialidade, sendo lógica a relação numérica dos respectivos membros: 1 da instituição / 4 exteriores. Aliás, sobre esta questão já dera a minha opinião (*Acta Pediatr Port* 2000;31:471-3).
- A discussão dos estudos de investigação publicados ou comunicados seria uma estratégia interessante e inovadora, embora de difícil exequibilidade, a incluir no modelo actual: que trabalhos? quanto tempo necessário? No modelo de entrevista como critério de recrutamento, como é feito noutros países, seria mais aplicável, admitindo maior disponibilidade em tempo para dedicar a cada candidato. Neste caso, poder-se-ia, de facto, aferir de modo mais personalizado a competência na vertente científica.
- Concordo perfeitamente com a necessidade de responsabilização dos candidatos (escolhidos) pelos resultados obtidos; no entanto, nesta fase de transição tal estratégia já estar a ser aplicada no âmbito dos chamados contratos individuais de trabalho.
- Deixo claro que, tal como refiro no artigo, concordo com os parâmetros utilizados no modelo actual (exercício de funções, capacidade para gestão e organização assistencial, actividades de docência e investigação, etc.) embora com critérios de ponderação diferente. No entanto que todos estes parâmetros que fazem parte do actual modelo valorizam o candidato enquanto membro dum *colectivo* (fundamental para apurar, por exemplo, capacidades de liderança clínica e científica); ou seja, o modelo valoriza o desempenho baseado *predominantemente no trabalho de grupo*. (*BMJ* 2003; 326:707-10)

O meu ponto de vista é que tal modelo é incompleto porque lhe faltam instrumentos para a componente de avaliação *estritamente individual* de perícia ou de destreza clínica. (*BMJ* 2003;326: 703-6).

Parafrazeando, com a devida vénia, o Prof. Jaime Celestino da Costa (*in* "Um certo conceito de medicina", Lisboa:Gradiva, 2001), "o candidato é confrontado com documentos e não com doentes, sendo que, com os instrumentos do júri, é avaliado mais o técnico do que o clínico".

Aliás, a perícia clínica constitui um instrumento indispensável para rendibilizar a liderança no sentido global, à luz dos modernos conceitos de qualidade e gestão em saúde; mantenho que tal défice poderia ser compensado com a realização duma prova clínica, a realizar segundo estratégias diversas.

De acordo com a minha experiência, o modelo mais pragmático a adoptar seria, como complemento da actual prova, mais uma prova de exposição oral (vulgo "de caras", para empregar

a gíria antiga) em presença de todos os elementos do júri: a pessoa ou utilizador do serviço assistencial, acompanhado da família (recém-nascido ou criança ou adolescente, saudável ou doente), recrutado da consulta externa de modo aleatório imediatamente antes da realização da prova e em obediência aos princípios éticos (autorização do próprio ou da família, etc.) é confrontado com o candidato. Este último, em tempo real, tirando apenas apontamentos ou memorizando os dados colhidos, procede à anamnese, observação, ao resumo, à formulação de hipóteses de diagnóstico, como resultado do raciocínio que exprime também oralmente. Por fim, o candidato solicita ou não exames complementares de modo fundamentado, com vista ao diagnóstico (definitivo ou não, dependendo dos elementos fornecidos), ao prognóstico e à actuação adequada ao caso. Não se trata, pois, dum relatório, mas duma exposição oral em função dos dados colhidos - tudo numa hora (ou duas horas se se tratar de duas provas a exigir).

Quando o Dr. António Levy comenta que a idade de 50 anos não é compatível com a realização de provas clínicas, argumentando eventualmente que o candidato já foi avaliado segundo esta modalidade em anteriores concursos; do meu ponto de vista tem razão, em parte, porque as oportunidades deveriam idealmente ser dadas em idades mais jovens (com ou sem prova clínica).

No entanto, há outras perspectivas que importa analisar: 1) se hoje em dia se fala - não na nossa Ordem dos Médicos, mas noutros países - na necessidade de recertificação, com a qual eu concordo, entendo que tal tarefa da "prova clínica" deverá ser desdramatizada e entendida à luz da filosofia da mesma recertificação e não no sentido pejorativo de sujeitar o candidato a uma "humilhação"; 2) quanto mais idade, mais experiência, mais à vontade e, por consequência, menor dificuldade para demonstrar o desempenho do dia a dia, embora, claro em cenário especial de observação por pares, o júri; 3) admitindo que há candidatos mais jovens, tal modelo de prova seria altamente estimulante para o estudo e prática intensivos que exige, o que constitui um valor acrescentado para quem deseja progredir; 4) por fim, considerando a pontuação obtida pelos candidatos segundo os critérios que constituem o modelo actual (como referi, medindo predominantemente o desempenho baseado no trabalho colectivo), a prova clínica complementar poderia constituir mais um elemento de aferição, designadamente nos casos de candidatos com pontuações muito aproximadas.

Existem outros modelos de provas ou de demonstração de desempenhos clínicos adoptados nalguns países que me parecem interessantes, como por exemplo: o candidato durante uma semana desempenha experimentalmente, em tempo real, o papel de chefe de serviço perante um júri, que o acompanha no dia a dia e observa, por exemplo, como discute com os seus pares os doentes apresentados nas visitas clínicas, como se comporta na visita clínica, qual o nível de discussão científica com implicações assistenciais, como coordena e modera uma reunião clínica de serviço, que comentários faz, como resolve problemas de índole administrativa, como fala com as famílias dos doentes ou utilizadores, como estimula e "provoca" os estudantes de medicina, os médicos e os internos mais novos para intervirem, como comenta dados estatísticos

assistenciais referentes a determinado período, como se relaciona com outros profissionais de saúde, como se comporta perante os comentários dos auditores clínicos para a qualidade, etc.

Enfim, a resposta algo longa traduz o enorme impacto que para mim teve a carta de grande actualidade do Dr. António Levy, que mais uma vez agradeço.

Muitas mudanças se vislumbram no horizonte num futuro próximo! Fica uma reflexão para os decisores: que as mudan-

ças quanto à avaliação por pares no topo da carreira sejam feitas com menos documentos e papéis, e com mais instrumentos e em ambiente que permitam aferir, para além doutras competências, a competência de destreza clínica, fundamental para uma gestão de qualidade em saúde.

Um abraço de muita estima e admiração

João M. Videira Amaral

## Panencefalite esclerosante subaguda: de novo uma velha doença. *Acta Pediatr Port 2006;37:62-4.*

Carta recebida a 01.08.2006

Meu caro Videira Amaral:

Junto envio uma carta sobre um artigo do último número da Acta: Pinto S, Campos MM, Pimenta MTL. PEES: de novo uma velha doença. *Acta Pediatr Port 2006;37(2):62-4.*

Caso muito interessante de uma PESS numa criança com sarampo e meningite tuberculosa aos quatro meses de idade. Algumas críticas:

1. O resumo em português não é correcto; A mera "evidência de positividade de anticorpos anti-sarampo" só é diagnóstica no LCR, tal como referem no *Summary*: "Elevated measles antibodies titers in CSF". Creio que a mera presença de anticorpos anti-sarampo no LCR é diagnóstica, pelo que se deve prescindir do *elevated*.
2. O resumo não pode conter informação que não esteja no texto; tal não acontece. A informação de que "O estudo do LCR mostrou existência de bandas oligoclonais de Igs idênticas ao soro" nada diz sobre a natureza específica dessas "bandas oligoclonais".
3. Esperava-se que fosse consultado o processo de uma criança de oito anos com sequelas neurológicas de uma meningite tuberculosa que fora internada aos quatro meses de idade num Serviço do Hospital quando começou a apresentar sinais de regressão neurológica, dificilmente explicável pela epilepsia. A maneira franca com que descrevem o que se passou ("Decidiu-se efectuar a revisão dos registos da doença inicial sendo verificado o diagnóstico de sarampo aos quatro meses, pelo que se presumiu o diagnóstico de PEES".) não devia ser comprometida pela informação de que "O sarampo teve uma evolução benigna e não foi referido nos antecedentes pessoais por ser considerado, pelos familiares, uma doença inerente à própria infância.", que pode ser considerada uma tentativa de partilhar responsabilidade.
4. A coincidência de meningite tuberculosa medicada com tuberculostáticos e prednisolona com sarampo, aos quatro meses de idade, deveria merecer uma discussão mais completa

do que a trivial referência a que "A co-infecção e a imunossupressão que são considerados factores de risco adicionais."

Cumprimentos do

H. Carmona da Mota

### RESPOSTA

Resposta recebida a 31.08.2006

Exmo. Sr. Professor

Este caso levou-nos de facto a lembrar, no contexto de uma regressão neurológica não compreendida, o diagnóstico de panencefalite esclerosante subaguda (PEES), assentando na presunção da doença e orientando os exames complementares nesse sentido.

No resumo do artigo, a referência ao critério de diagnóstico de positividade de anticorpos anti-sarampo, não foi explícita em relação a ser no líquido cefalo-raquidiano (LCR).

O sarampo que ocorreu aos 4 meses e não valorizado pelos familiares, não constou inicialmente na colheita dos antecedentes e realmente dificultou a procura do diagnóstico correcto.

A referência às bandas oligoclonais, que no LCR traduzem produção autónoma de imunoglobulinas, é, na patologia neurológica, uma descrição correntemente utilizada, com significado próprio.

Os possíveis factores de risco, como os que foram descritos nesta criança, têm sido relatados e discutidos por outros autores, conforme referências bibliográficas, mas a escassez de descrições actuais limita a sua melhor fundamentação.

Com os melhores cumprimentos

Susana Pinto, M<sup>a</sup> Manuel Campos  
e M<sup>a</sup> Teresa Lavandeira Pimenta