

A anatomia patológica é importante para a formação do médico

Silvio dos Santos Carvalho*

Do mesmo modo que a integridade estrutural e funcional do organismo é responsável pela saúde física e mental, as alterações da estrutura e seu decorrente desequilíbrio funcional são a expressão mais forte da doença e a causa de todos os males físicos e psicológicos.

Este enunciado traz consigo uma imperiosa recomendação para quem está preocupado com a organização do ensino da Medicina: a de corrigir a formação dos médicos quando for insuficiente o seu conhecimento sobre a estrutura do organismo e suas funções. É preciso dar a ele, entre outras coisas, uma sólida base, representada pelo conhecimento pormenorizado da composição dos órgãos e tecidos e das indissociáveis relações entre o arranjo físico-químico do corpo e o desempenho das suas funções, tanto no âmbito do normal como no do patológico. Em síntese, o conhecimento das lesões, das disfunções e das suas expressões semióticas é pré-requisito indispensável para que os médicos atuem eficazmente na tarefa de corrigir os desvios morfológicos e funcionais, produzidos pela doença, para restabelecer o estado de saúde física e a reintegração do enfermo na sociedade.

Analisando, contudo, a metodologia usada na Escola Médica, de modo geral, quero destacar, pelo menos, uma freqüente e grave falha na formação dos médicos, sobretudo no campo do conhecimento anatomopatológico.

Um grande número de causas danificam o organismo, alterando-lhe a estrutura molecular, micro e macroscópica, e disto resultam as alterações funcionais de intensidade variável.

Para se chegar às manifestações e, portanto, ao diagnóstico da desestruturação e da disfunção, o caminho é o estudo semiológico do paciente. Neste roteiro, está implícito que a semiologia é meio, e que seu fim é a identificação, através de sintomas e sinais, dos distúrbios morfofuncionais a que a

doença conduz. É exatamente aí que está o fulcro da incompleta formação dos médicos, de modo geral. É que eles exercitam a semiotécnica na busca da manifestação que significa sempre uma alteração morfológica, portanto, da composição estrutural (da macro, da micro ou do arranjo molecular) e, na grande maioria das vezes, quando a interpretação do significado diagnóstico das manifestações é correta, o médico faz apenas um diagnóstico nominal da alteração anatômica. Quando a tem diante dos olhos, entretanto, não sabe reconhecê-la. Parece inusitado, mas é verdade. É freqüente a constatação desta afirmação quando realizamos, por exemplo, uma discussão anatomoclínica tradicional. A interpretação dos achados da necropsia precisa ser feita pelo patologista, porque os clínicos, que fizeram as hipóteses diagnósticas, não sabem aferir se elas estão certas ou erradas. Isto quer dizer que eles sabem apenas o nome que designa a alteração anatômica, mas ignoram a essência de que estes nomes significam, em termos morfológicos. Com perplexidade sabemos que esta falha não os impossibilita inteiramente de terem capacidade para tratar o paciente mas, seguramente, compromete, e muito, a compreensão objetiva e a segurança do diagnóstico, o que representa um atributo essencial para dominar o conhecimento completo de cada situação.

Verificada, com freqüência, esta condição inusitada na formação do médico, é natural indagar quais seriam as mais prováveis causas desta situação. Antes de tudo acho que é porque esta falha não desqualifica inteiramente o profissional clínico para o exercício de sua atividade rotineira e, assim, poderia parecer que a Anatomia Patológica, que ele desconhece, não faz falta. Por isso, talvez, é que a formação incompleta que ele apresenta nem é notada na prática das suas atividades. Para que esta deficiência apareça, é necessário que a situação exija dele esta capacidade de reconhecer as lesões que lhe permitiram conhecimento mais completo do paciente que está manipulando. Dessa maneira,

* Professor Titular de Clínica Médica e Anatomia Patológica da FCM-PUCCAMP.

o defeito continua inaparente e não se cuida de reparar o erro que certamente ocorre no período escolar da sua formação.

Quem está, com frequência, exposto à necessidade de reconhecer a Anatomia Patológica é, em primeiro lugar, o anatomopatologista, porque este é o seu próprio campo de atuação. Em segundo lugar, está o cirurgião, que precisa saber aferir, com a visão direta do órgão lesado, o diagnóstico clínico, que foi a razão da indicação da intervenção cirúrgica. Isto permitirá a ele, eventualmente, mudar a tática cirúrgica que havia sido planejada, quando a verificação do diagnóstico anatomopatológico modificar a hipótese clínica.

O futuro cirurgião ingressa na Residência sem ser avaliado adequadamente sobre o que sabe da morfologia patológica. Durante os 2 ou 3 anos da Residência, quando muito, tem um tímido contato, quando tem, com as peças retiradas dos pacientes operados, ou com as necropsias. Excepcionalmente, os programas da Residência em Cirurgia apresentam qualquer coisa efetiva para que ele aprenda a reconhecer com segurança as lesões que lá estão nas entranhas do paciente. É somente ao longo dos anos e com as cirurgias de que participa, com cirurgiões mais experientes, é que vai vendo, e de modo incompleto, o significado real e objetivo dos diagnósticos pré-operatórios, de coisas que nunca havia visto, ou que, pelo menos, não se lembrava de tê-las visto antes. São necessários anos de prática para que acabe tendo alguma familiaridade com as lesões e, assim mesmo, apenas com a macroscopia. Isso explica, por vezes, os graves erros que cometem ao serem analisados os espécimes pelo patologista.

Afinal, chegamos às perguntas fundamentais: É ou não importante conhecer os aspectos anatomopatológicos das doenças? Por que clínicos e, às vezes também cirurgiões, não os conhecem suficientemente? Certamente que a resposta à primeira pergunta é afirmativa. Quanto à segunda, por que clínicos e até cirurgiões não são capazes de reconhecer lesões comuns da patologia humana, a resposta envolve uma análise mais aprofundada do problema. Uma afirmação é desde logo óbvia: o ensino da Patologia é mau, durante o curso de graduação e também na Residência e, por isso, o aprendizado é insuficiente. A mesma afirmação pode ser estendida também no ensino da Anatomia, da Histologia e de outras matérias do ciclo básico. É preciso esclarecer, contudo, que o mau resultado, quanto ao aprendizado dos alunos, não depende, fundamentalmente, dos programas, nem da competência dos professores, nem mesmo das cargas horárias, quase sempre generosas, para um resultado final tão decepcionante. Ao lado de outras razões menos relevantes, a causa principal tem sido denunciada, embora sem explicitar, na dissociação entre o ciclo básico e o ciclo clínico. A meu ver, nem é este o principal motivo. Afora alguns excessos e dissonâncias do ciclo básico, que

poderiam ser atenuados por uma coordenação efetiva dos cursos, o principal problema é que os conhecimentos de Anatomia, Histologia e Anatomia Patológica não são utilizados, nem aplicados nos anos seguintes àqueles em que foram ministrados. O defeito fundamental começa depois que os alunos ingressam no ciclo clínico. Que é que ocorre, então, na grande maioria das nossas Escolas? O aprendizado objetivo que os alunos tiveram, sobretudo nas aulas práticas, manipulando peças à macroscopia e lâminas ao microscópio, para verem o que são estruturas normais e patológicas, não mais volta às aulas de clínica, para objetivar o significado real das manifestações semióticas dos pacientes. O que ocorre, então, no ciclo clínico, é uma falta de aplicação demonstrativa do que entendemos por pré-requisito essencial desse ciclo. Estes pré-requisitos da fase clínica estão nos ciclos básico e pré-clínico.

No ensino da Clínica, a imagem, que é essencial nas disciplinas pré-clínicas, é quase inteiramente substituída pela sua denominação apenas. Fala-se em cirrose hepática, infarto do miocárdio, hepatite, pneumonia etc., sem que se represente a imagem tênue e incompletamente fixada pelos alunos, ao longo dos primeiros anos do curso. Já apuramos porque professores de Clínica, Cirurgia e de outras áreas não exploram o valor didático das imagens para dar aos alunos maior objetividade do que simplesmente o enunciado dos nomes dos diagnósticos anatômicos. Também eles foram prejudicados na sua formação, por essa desastrosa e sistemática substituição das imagens estruturais por um nome apenas. Na verdade, professores e alunos se comunicam através dos nomes, mas às vezes, para ambos, a objetividade da morfologia, da dimensão, da cor, da consistência do arranjo estrutural, se desvanece e se diversifica nas mais variadas e irreais expressões subjetivas.

Ainda que se tenha avaliado mal as conseqüências dessa perda de objetividade, arriscaríamos afirmar que ela pode ser responsável pela insegurança e pela falta de convicções mais fortes, básicas para o diagnóstico clínico e para o estabelecimento das condutas terapêuticas, tanto no campo da clínica como no da cirurgia.

Acho que é tempo de reabrir a discussão sobre este problema, o das perdas progressivas do conhecimento já adquirido, por falta de aplicação e uso pleno dos pré-requisitos durante e após o curso de Medicina.

É necessário repensar também quanto está sendo inútil o grande investimento nos ciclos básico e pré-clínico para um resultado tão insatisfatório.

As coordenadorias de cursos de graduação e os programas de residência precisam incluir urgentemente, na pauta das discussões, este aspecto fundamental do ensino-aprendizado e, também, definir com maior precisão o que representam qualitativa e quantitativamente estas perdas ocorridas durante e após o Curso de Medicina.