

A FORMAÇÃO DO OFTALMOLOGISTA NO BRASIL (*)

Prof. HILTON ROCHA - Belo Horizonte - M. G.

I — A CONTRIBUIÇÃO DE MOACYR ALVARO

O Centro de Estudos de Oftalmologia, desde 1937, oferece anualmente aos oculistas brasileiros a possibilidade de uma atualização de seus conhecimentos, num curso concentrado de 1 mês.

Há 24 anos portanto, numa significativa demonstração de vitalidade e de espírito progressista, Moacyr Alvaro criou o CEO, dando-lhe logo, como compromisso de honra permanente, melhorar e elevar o nível médio dos oculistas brasileiros.

Transportêmo-nos para um quarto de século passado. Recem-saíamos do I Congresso Brasileiro de Oftalmologia (1935), que ficámos devendo essencialmente aos colegas de S. Paulo. Moacyr Alvaro — que, sem desdouro para qualquer, foi o seu maior impulsionador — sentiu a necessidade de sacudirmos a rotina e a imposição incoercível de fazermos algo para que a oculística brasileira tomasse corpo; para que a oculística brasileira deixasse de oscilar entre expoentes agigantados, que nos orgulhavam e engrandeciam, e a média que muito abaixo se condensava;urgia a elevação do nível conjunto, para que as cristas não se agigantassem desmensuradamente, mas apenas como ondulações, reflexo da heterogeneidade humana, e índice de insaciedade, de emulação construtiva, de corrida superior pela vitória, à custa do estudo, do trabalho, das vigílias e da perseverança.

Como fazê-lo? Como encetá-lo?

Hoje compreendemos-lhe bem as dificuldades; o que dá a Moacyr Alvaro a roupagem indisfarçável de um precursor esclarecido.

(*) Aula inaugural do XXIV Curso de Aperfeiçoamento de Oftalmologia.

Como fazê-lo? Como encetar alguma caminhada em benefício da melhor formação do oculista brasileiro?

Se hoje ainda não temos no Brasil um curso de graduação médica convincente e hábil, o que dizer do que ocorria em 1937? Sem graduação, como ousar cuidar do especialista?

Obra de titã, seria de devaneio ou de aventura, se não houvesse um paradigma e um exemplo a seguir, mostrando-a viável.

Ele conhecia bem a história, os óbices, o evolver, o mérito e o demérito da oftalmologia norte-americana. Sabia-a hoje no primado, mas conhecia bem as passagens inglórias de meio século passado.

Sabia e sabemos todos que há 50 anos, com poucas exceções, o ensino médico do grande país do norte rastejava, para não dizer que chafurdava no mais deslavado mercantilismo.

O relatório de Flexner feriu a consciência dos responsáveis. A Associação Médica Americana agigantou-se. Os homens da envergadura de Osler mobilizaram-se. Veio a reação que tardava. As 170 escolas médicas (em geral «escolinhas») sofreram o impacto, ao qual a maioria sossobrou.

No meio dessa degradação médica, existiam (e bem caracterizadas) as fortalezas de fé, amparadas no descortino, no ideal e no trabalho.

Parece que os anos de negligência e de prostituição profissional concentraram munição para a arremetida consagradora e de expurgo.

Expurgo, seleção, valorização, gradação, credenciamento, requisitos mínimos, definições, equacionamentos. E o cáos deu lugar à ordem; a depravação fugiu ao contacto da ética; a improvisação definhou ante o poderio do mérito. O mercantilismo esvaiu-se, recebendo o organismo médico americano a transfusão vitalizadora de novos cânones, novos padrões, novo sistema.

E hoje é o que é. Tem o primado da medicina mundial.

Se assim fizeram eles no tocante à formação do médico, quase

que paralelamente cuidaram de preparar os seus especialistas. E foram os oftalmólogos, feliz coincidência para nós, que lá, em 1917, organizaram o primeiro «Board» norte-americano, que depois se generalizou a tôdas as outras especialidades, conceituando o «especialista», que para usar sobranceiro tal nome deverá vencer previamente o crivo selecionador do respectivo Board.

Board não significa apenas Faculdades de Medicina consciêntes da responsabilidade na pós-graduação. Board significa entrosagem sem atritos e compreensão indispensável entre as Escolas de Medicina e a Associação Médica Nacional. Board significa um crivo, que para ter força deverá ter a supervisão e o contrôle das escolas, a homologação e a assistência permanente da Associação Médica, e o interesse e apóio irrestrito da Associação dos Hospitais.

Ora, Moacyr Alvaro conhecia tudo isso em detalhe. Se o norte-americano pode reagir de tão baixo, e tão rápido emergir, — nós, que felizmente tão baixo não nos encontrávamos, porque não reagir?

Se de um lado levávamos sôbre o Norte a vantagem de um ensino não mercantilizado, tínhamos, e de certo modo ainda temos, o «handicap» das escolas médicas não se compenetrarem de que sua tarefa não termina ao diplomar o médico; o «handicap» de não haver ainda íntima sinergia entre Escolas de Medicina, Associação Médica Brasileira e Associação dos Hospitais.

Pior ainda; pois, em 1937, nem se cogitava de tais Associações.

Não se poderia enfrentar com método o problema: — primeiro a graduação, depois o especialista. Tinha-se que fazer algo por êste, a cuja família pertencíamos.

E foi assim pensando, tacteando mas agindo, que êste Centro de Estudos lançou o seu I Curso de Atualização, que não mais se interrompeu, ano após ano, procurando aumentar no possível o acervo de conhecimentos especializados dos oftalmologistas brasileiros.

Era o primeiro passo. Em 1941, o saudoso Harry Gradle

focalizou a necessidade, dentro do sadio pan-americanismo que sempre acalentou, de se multiplicarem os «Boards» por todos os países da América. O plano de Moacyr Alvaro, encetado em 1937 com os Cursos de Atualização (dos quais hoje tenho a honra de inaugurar o XXIV), recebia de Gradle um incentivo, a espicaçá-lo.

Pouco importa, deve ter pensado Moacyr Alvaro, que não tenhamos Escolas à altura de compreenderem o problema, que não possuamos uma Associação Médica Brasileira a orientar-nos e aplaudir-nos, — façâmo-lo nós mesmos.

Os próprios oculistas é que deveriam mobilizar-se, não tanto para o seu próprio policiamento, mas pela consequência que dêste adviria, em prol de nosso apuro, de nosso requinte, de nosso esmêro.

E Alvaro, ao receber a sugestão de Gradle, logo a envolveu com aquela aureola de otimismo e de confiança realizadora, plantando a semente benfazeja no cérebro receptivo de seus colegas brasileiros, concluindo êle a sua pregação com estas palavras textuais — «Creio que, si os oftalmologistas proeminentes de cada país encabeçassem um movimento no sentido de formar um comitê nacional nas bases do «American Board of Ophtalmology», a oculística teria dado um grande passo no sentido da elevação de seu nível médio, e gradualmente a assistência oftalmológica ao povo, que é o que mais importa em verdade, iria ficando cada vez mais eficiente».

E logo floresceu a idéia, corporificando-se o Conselho Brasileiro de Oftalmologia, em Julho daquele mesmo ano de 1941, por ocasião do IV Congresso Brasileiro de Oftalmologia, realizado no Distrito Federal.

Duas etapas vencidas: — a idéia (que já tinha seguidores) de atualizar os especialistas brasileiros, e a criação do órgão incumbido de dar a êstes uma «Credencial», sem força de lei mas com poderio de fato.

Mas Alvaro sentia por certo que caminhava apenas nas veredas dos pródromos. Ainda não atingira a estrada larga de seu verdadeiro desígnio. Compreendia êle, e muito bem por certo, a inversão a que o compeliâam as condições locais: — atualizar os

especialistas e credenciá-los, antes mesmo que se pudessem oferecer aos médicos condições para uma especialização total.

Porém a rota e o objetivo eram conhecidos. Apenas se invertera o esquema: — mas todo caminho nos leva a Roma.

Amadurecia o curso de especialização. A mentalidade arejava-se. As condições dos serviços ampliavam-se. O glaucoma adquiria personalidade. O tratamento cirúrgico do estrabismo ganhava a cooperação da ortóptica; não basta dar paralelismo aos eixos oculares, deixando-os em estrabismo funcional: — ao efeito estético deve somar-se a binocularidade sensorial.

Enfim, o serviço atingia a maioria e sedimentava-se o «background» da especialização. E em 1950 esta irrompeu, com nova vitória dêste Centro de Estudos, oferecendo aos médicos um curso intensivo de 9 meses, para fazê-los oftalmologistas.

Vitória dêste Centro de Estudos, na verdade vitória significativa de seu ideador.

Tudo que se lhe seguir terá a força emanante das conquistas originais. Vencer a inércia é a grande vitória; o mais é aprimorar, polir, requisitar. A primeira é luta em campo raso; para a segunda já se conta com aliados nas trincheiras.

Não podemos parar. Parar é regredir.

Não nos esqueçamos de que as 3 vitórias de Alvaro, nêste terreno, quer sob sua responsabilidade direta, quer através dêste Centro que era êle, são vitórias de titã. Vitórias contra as próprias Faculdades que não podiam compreender o problema, para elas realmente prematuro, já que nem equacionada estava a graduação. Vitórias sem o apôio material e moral das Associações nacionais. Vitória assim é maiúscula ao se escrever. Vitória Médicas, pois então não existia um órgão congregador dos médicos assim se conquista a duras penas, mas seu troféu é imarcescível. Alumia um fanal que não se extingue, deixando bem viva a estrada larga e sem tropeços para os seus seguidores.

Curso de atualização em 1937, Conselho de Oftalmologia em 1941, Curso para formação do oftalmologista em 1950.

Três vitórias que lhe dão benemerência, inclusive por fazer da oftalmologia brasileira a réplica da norte-americana, como a primeira especialidade a realizar o seu Board. Lá em 1917, aqui em 1941, tem a oculística a glória e a vaidade de uma prioridade incontestável.

II — TEMPO INTEGRAL

Hoje, as Escolas de Medicina já vão se compenetrando de que o médico delas egresso deve continuar sob sua bandeira. A alma-mater não se esvai. A responsabilidade não se extingue. A tutela é vitalícia.

Forma o médico prático, mas deve oferecer condições para êle se atualizar ou especializar. Isto é, às Escolas compete a pós-graduação, da mesma forma por que oferece a graduação.

Hoje a Associação Médica Brasileira existe, e busca resolvêr o problema.

Hoje a Associação dos Hospitais é uma realidade, cuja existência e eficiência se subordinam ao seu perfeito entrosamento com a AMB.

Enfim, hoje as condições evoluíram. Se Moacyr Alvaro, contra todo o «handicap», deixou-nos tão expressivo triunfo, cabe-nos não só entreter a chama da vitória conquistada, mas reativá-la dando-lhe mais vivacidade e alcance.

Porque, infelizmente, apesar de todo o esforço desenvolvido até aqui, nota-se melancolicamente que os nossos cursos de especialização não atendem às necessidades nacionais. E então o que continuamos a ver é, lastimavelmente, a especialização decorrer por uma das três formas seguintes:

- 1) iniciar-se a especialidade durante o curso médico;
- 2) fazer-se especialista após a formatura, num «doublé» de autodidata e heroi;
- 3) ou, tangidos pela nossa carência, buscarem no estrangeiro «bolsas», que propiciem a especialização almejada.

A história se repete. Frederick Cordes, em Junho último, após 30 anos de experiência na formação dos oculistas americanos, conta-nos com clareza e sinceridade o que foram, o que são, e provavelmente o que serão tais cursos (Survey of Ophth. 4:177,1959).

No fim do século XIX, diz-nos Cordes, poucas residências existiam no seu país, e só alguns privilegiados as obtinham. A maioria tinha que lançar mão de outros meios. Um dos melhores era ir para o exterior, e então Viena era considerada o centro preferido.

É curioso que os médicos norte-americanos chegavam a Viena, e se dirigiam à Associação Médica Americana lá plantada, tendo pois uma orientação e um apóio permanentes, inclusive quanto ao preço e à eficiência dos cursos buscados.

Outro meio de obter experiência era através de um orientador ou preceptor, no próprio país. Raramente eficaz.

Cordes focaliza em seguida, de modo causticante, duas modalidades de especialização, que infelizmente ainda medram entre nós. A que êle chama de «especialista de 6 semanas»: — geralmente era um médico prático, já com o seu pé de meia, que se cansára da rotina clínica. Dirigia-se a um centro de olhos, ouvido, nariz e garganta e, após um estudo de 6 semanas a 3 meses, regressava como oftalmo-oto-rino-laringologista!

Mais grave era ainda a segunda modalidade: — «médicos práticos» que aprendiam noções de refração, para receitar óculos e, principalmente, obter comissões das casas de óptica.

Hoje tudo mudou na Norte América. Inclusive não mais buscam a Europa. Ao contrário, os oculistas do mundo é que para lá afluem. O que Viena foi para êles, em fins do século passado, hoje a Norte América se tornou para os especialistas de todo o mundo.

E por que? Porque existem cursos de especialização bem planejados, controlados pelas Escolas Médicas e pela Associação Médica Americana, que só considera oftalmologistas aqueles médicos que transponham as provas do Board.

Para que um bom curso de especialização hoje se realize é necessário (como veremos ao final) que sejam atendidas algumas condições básicas: — número de médicos não superior a quatro por ano, todos dando ao curso dedicação exclusiva; o curso deve ter pelo menos 2 anos de duração; as matérias básicas (anatomia, histologia, embriologia, física, química, fisiologia, microbiologia) devem constituir alicerce indispensável do curso, quer ministradas previamente (como me parece melhor), quer durante todo o curso, no sistema de ensino dito «piramidal».

E, acima de tudo, o corpo docente deve ser em «tempo integral», pelo menos o «geográfico». Professor e assistentes «part-time», como é o caso de tôdas as Faculdades do país, não podem permitir um curso realmente valioso. Não é possível conciliar os deveres docentes com as responsabilidades da clínica privada.

Creio residir aí o maior obstáculo à boa especialização no Brasil. Temos que pregar, defender, pugnar para que as nossas Faculdades, as nossas Universidades, os nossos Governos, os nossos professores se compenetrem de que é indispensável a instituição plena do «full-time». Enquanto assim não fizermos, teremos que ver imenso dispêndio para pouco proveito. Os misteres docentes cada vez mais a receberem o efeito deletério do fastígio clínico.

Se Moacyr Álvaro vivesse, estaria êle neste momento empunhando a mesma bandeira idealista que tremulou impoluta, quando da conquista das suas expressivas vitórias de 37, 41 e 50. Não permitiria êle que a oftalmologia cedesse agora terreno, e não fosse a desbravadora, a precursora de uma nova era. Vale a pena de se enfrentarem as urzes do caminho, para depois se poder olhar com orgulho, numa retrospectiva legítima, a caminhada cumprida.

Com o seu exemplo, a sua lembrança e o seu estímulo, senhores do CEO, empunhemos a mesma bandeira e juntos, ombro a ombro, levemos o ideal de Alvaro à quarta conquista.

Haveremos de encontrar óbices e obstáculos de monta, mas sempre transponíveis para os que lutam com a armadura do ideal.

As Escolas Médicas já estão compreendendo que a extensão de sua responsabilidade não se mede entre os tabiques do curso de

graduação. Mesmo porque êste só terá realmente gabarito quando o côrpo docente enveredar como deve, e como não tem sido feito, pelo terreno da investigação.

Até hoje, com raríssimas exceções, as escolas médicas brasileiras têm usado antólhos, restringindo em demasia o seu campo de ação, esquecendo-se de que jamais teremos maioria médica, como também jamais a nossa Pátria sairá da condição servil de caudatária, enquanto não se der à pesquisa a expansão que urge.

São élos indissociáveis: — graduação, pós-graduação, pesquisa.

As nossas Faculdades, dizia eu, começam a compreender e encarar o problema. Urge que elas (isoladamente, ou através de uma Associação que as congregue) se articulem com o Conselho de Educação Médica da AMB, pois só dêste enlace poderão surgir os frutos almejados.

O diploma que as Faculdades outorgam ao médico não tem restrições. Elas poderão depois conceder aos médicos um título de «doutor», mas seria canhestro que viessem oferecer um certificado de «especialista», quando o diploma original já o abrange.

As Faculdades de Medicina têm o dever essencial de organizar os cursos de pós-graduação, mas urge o entrosamento com a AMB, para que esta exija o certificado de «especialista»; para que esta seja a garantia da uniformidade de tais cursos em todo o território nacional; para que esta organize e supervise o «Board» de tôdas as especialidades; para que esta lute no sentido de que os govêrnos e as autarquias dêem ao «certificado» um pêso quase decisivo para as nomeações de especialistas; para que ela se entrose com a Associação dos Hospitais, no sentido de impedir intervenções especializadas por quem não houver transpôsto o Board. Mesmo porque, embora em gráu menor, muitos centros não filiados à escolas médicas poderão ter condições de formar especialista: — aqui mesmo em S. Paulo, poderemos negar ao Instituto Penido Burnier credenciais para tanto?

Só o Board nos dará meios para discernir. Não basta o curso, é mistér que o programa dêste seja submetido aos órgãos competentes, e que o aproveitamento se demonstre através de provas.

Pois só assim o certificado de «especialista» será um alvará de igual pêsco, ganhando fôrça, prestígio e idoneidade.

Aliás a Associação Médica Mundial, com mais de 700.000 médicos de 55 países, em sua Segunda Conferência sôbre Educação Médica, realizada em Chicago em Setembro último, chegou exatamente ao mesmo conceito. As Faculdades têm a responsabilidade de acompanhar seus ex-alunos por tôda a vida. Mas, provavelmente, os melhores resultados serão alcançados através da estreita cooperação entre as associações médicas e as Faculdades.

Aí estão hoje as nossas Faculdades de Medicina e a Associação Médica Brasileira a matutarem sôbre o assunto. É realmente impressionante que, há 20 anos, em 1941. hajam os oftalmologistas brasileiros se antecipado de tanto, com a criação do Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Criando o nosso Board, claudicante de início por injunções compreensíveis, apesar da bravura dos comandantes e dos comandados. Mas dando um grito de alerta e oferecendo o exemplo dos próprios especialistas se reunirem, para se policiar. Aceitando o policiamento que a nós mesmos nos impusemos, como único meio de alcançar a melhoria conjunta. Não há sublimação sem sacrifício.

Quando em futuro, num movimento global e abrangente, formos absorvidos pelas Faculdades de Medicina e pela Associação Médica Brasileira, nós, como aquêles outros especialistas que nos seguirem no mesmo rumo (como já é o caso dos anesthesiologistas), seremos vitoriosos, porque será então o reconhecimento sem reservas da bandeira desfraldada.

Esse dia já se pode antevêr num horizonte longinquo. Num horizonte, que hoje oferece alguns matises de aurora, onde dantes só existia a massa compacta, plúmbea, borrascosa da incompreensão e da apatia.

Mas o horizonte é longinquo. Para que o aproximemos, descerrando-o, é mistér essencialmente que se delinieie com rigor, e que se erija com amor o edifício da «especialização» no Brasil.

Para tanto, já o dissemos e disso estamos convencidos, é

mistér de início que se institua mais amplamente o «tempo integral» em nossas Escolas.

Se olharmos para a Suíça, lembrêmo-nos de Goldmann, Franceschetti ou Omsler; se olharmos para a Alemanha, basta que tenhamos em mente a monumental Clínica de Bonn. Não há um assistente, um chefe de Clínica que não seja em tempo integral, quer se chame êle Witmer, Leydecker ou Schwickerath. Os professores, ao galgarem a curul do magistério, só então recebem a compensação da clínica privada.

Não sei se será essa a fórmula ideal, mas é um exemplo, e por demais expressivo, de que não poderemos caminhar enquanto tôdas as cadeiras não possuírem um núcleo sólido, estável, maciço de dedicação exclusiva. Gravitem em tórno dêle os auxiliares em «part-time», mas o cerne não pode ter dicotomia, tem que ter um só alvo, uma única meta, um só objetivo: — ensinar e pesquisar.

Ê assim nos Estados Unidos, cuja experiência tanto nos tem servido. Sem nos referirmos à Universidade de Chicago, que desde 1927 adotou o sistema sem reservas (e o aplaude), vejamos outros exemplos.

Citemos Johns Hopkins, de Baltimore, onde o Departamento de Oftalmologia é hoje dirigido com mão segura por Edward Mau-menee. O regime de «residência» nos Estados Unidos teve lá seu nascedouro. Johns Hopkins é realmente exemplo de uma invulgar Universidade. O seu primeiro Reitor — Gilman — definiu-a assim: — «o objetivo da Universidade é desenvolver o carater — fazer homens. Foge ao seu desígnio se produz pedantes instruidos, simples artezãos, hábeis sofistas ou práticos pretensiosos. Seu fim não é tanto distribuir conhecimentos entre os alunos, quanto o de incitar a paixão, exhibir métodos, desenvolver talentos, estimular o discernimento, revigorar as forças intelectuais e morais. Ela deve preparar para serviço da sociedade um grupo de estudantes que possam ser guias capazes, prudentes, progressistas, em qualquer setor de atividade a que se filiem» (Survey of Ophth. 4: 33,1959).

Pois bem, em Baltimore, o Departamento de Oftalmologia tem

núcleo substancial em «full-time», compreendendo 2 grupos. Um de ciências básicas, isto é, um bioquímico, um neuro-fisiologista, um especialista em ótica fisiológica. O segundo grupo é propriamente o «staff» oftalmológico, com um professor (que é o diretor do Instituto), a quem compete a indicação dos adjuntos e assistentes.

Lá também existem os «part-time», indispensáveis pelo domínio de certos setores da especialidade. Foi o caso do saudoso Jonas Friedenwald, para quem tão cedo a oftalmologia mundial não oferecerá substituto. Como também é «part-time» o renomado dr. Frank Walsh, a quem evidentemente se entrega a direção da neuro-oftalmologia.

Esses dois nomes mostram o que se pretende com a manutenção de uma equipe em tempo parcial. É aproveitar os líderes de sub-especialidades, é aproveitar o acervo de conhecimentos de muitos, que entretanto desejam permanecer fiéis à sua clínica privada. Eles terão sempre que existir como satélites, como complemento, como anexos indispensáveis. O que não se pode admitir é que eles constituam, como no Brasil, o cerne da própria Escola.

Vejamos lá mesmo um outro exemplo: — IOWA (Survey of ophth. 4:113, 1959), onde por tantos anos pontificou O'Brien, substituído desde 1950 por Braley. Lá todo o «staff» é full-time. Atendem a doentes particulares no próprio Hospital, mas as taxas são arrecadadas para um fundo único, a fim de complementar a remuneração dos seus homens (complementação proporcional à hierarquia e à antiguidade), mas também para atender a despesas de consultório, de pesquisas, de viagens, etc..

À esta altura, vem a pelo indagar: como poderão as nossas escolas deficitárias instituir tão amplamente o «tempo integral»? O que faz Iowa responde a esta pergunta.

Há duas modalidades de tempo integral: — o «estrito» ou «puro», no qual nenhuma outra atividade é permitida, nem qualquer outra remuneração é viável; e o «geográfico», que envolve uma pequena burla, mas que é indispensável como traço de união entre

a situação anárquica vigente e a instituição desejada do tempo integral estrito.

Os professôres das cadeiras básicas de uma Escola de Medicina deverão ser todos (como os seus assistentes) em tempo integral estrito.

Nas cadeiras de Clínica, deverá haver um núcleo de assistentes em tempo integral estrito, o professor em tempo integral geográfico, e alguns auxiliares em «part-time».

O professor em tempo integral geográfico poderá atender a alguns clientes particulares (de preferência, ou mesmo exclusivamente os que lhe vierem a pedido de outro colega), mas terá que atendê-los no mesmo hospital universitário.

Sem dúvida que nada na vida se pode conseguir sem confiar na lealdade, na integridade e na honestidade dos homens responsáveis. Mas devemos, ao confiar, esquematizar-lhe os direitos e os deveres.

O tempo integral «geográfico» é um arremêdo de tempo integral, que deve ser bem regulamentado para não degenerar. Do contrário, iremos ver a hipertrofia da clínica particular dentro do hospital universitário, e o tiro sair pela culatra... Ao invés de se reter o professor na Escola para o Ensino, dar-lhe-emos conforto e boas condições de trabalho para aumentar sua própria clínica, com ainda maior sacrifício do ensino. E melancolicamente isso tem ocorrido, mesmo no Brasil.

Mas é tão fácil regulamentar! E por diversas maneiras. Por exemplo, como faz Iowa. Estabelece-se uma remuneração justa para o professor (digamos, até 150.000 ou 200.000 cruzeiros). Ele atenderá a doentes particulares, mas as taxas não lhe serão entregues, irão para o fundo comum departamental, para garantir a complementação de seu salário, indo o excedente beneficiar o serviço e não o homem.

Isto é, o seu teto é fixo, e não se elevará mesmo que êle propicie maior renda com o atendimento de doentes particulares.

Essa fórmula parece-me a ideal para o momento. E exequível, porque é o próprio homem que dará à Escola condições para complementar o seu salário. E sem perder êle o contacto com a clínica particular, não só para entretê-la (garantindo-se para uma emergência futura), como para ter a experiência dela (podendo transmití-la aos jovens), como ainda para não privar a população de suas luzes e conselhos.

Objetarão que isso é parasitar o professor em benefício da Escola. Não, não é verdade. O que há é simbiose, troca de favôres, retribuição de serviços, compensação de vantagens.

È preciso ultrapassarmos a situação vigente que nos entrava. È preciso atender às vocações. O que não é possível é a dualidade de proventos. Se alguém tem amor ao ensino, ao estudo e à pesquisa, — êle se considerará remunerado, não tanto pelos milhares de cruzeiros que receber ao fim de cada mês, mas pelo imponderável, que significa o ambiente, as condições de trabalho, os auxiliares, os laboratórios, enfim a colméia dentro da qual êle labuta, repetindo as pesquisas de alhures, fazendo-as próprias, e transmitindo com afã aos jovens ávidos tudo aquilo que amalhou.

Èsses homens, com pendôr para o ensino e para a pesquisa, não valorizam a sua remuneração apenas pelo pêso argênteo, pois que muito lhes significam as conquistas e os desbravamentos.

Os que não vibram nêsse diapazão, os que querem realmente amalhar dólares, disputar Cadillacs, concorrer em imóveis, viver em «society», — êsses não devem ser professôres. Não serão menos úteis à coletividade, prestando-lhe a assistência médica consciente, honesta e capaz.

Mas o que está errado é a dualidade de função: — ocupar os direitos e os deveres de uma cátedra, quando na realidade é atraído, não por ela e por seus encantos, mas pelo áureo fascínio das moedas que tilintam em seus consultórios.

Perdoai, amigos, que me haja alongado um pouco em tôrno do «tempo integral». È que sem êle claudicamos e claudicaremos, por maior que seja o nosso amor à causa, por maior que seja o nosso desinteresse e o nosso ideal.

Vejamos a seguir, bem claramente, o porque dessa afirmativa, procurando esquematizar ou delinear um «curso de especialização», realmente operante.

Antes de fazê-lo entretanto, gostaria de abordar uma questão de nomenclatura, que para mim é confusa, e possivelmente sê-lo-á também para muitos de vós.

O que devemos entender por «curso de pós-graduação»? Não nos tenhamos às definições norte-americanas, e procuremos interpretar vernâculamente a expressão, para podermos estabelecer o nosso conceito (nosso brasileiro) ajuizado e lógico.

Irei apenas raciocinar a meu modo. Não quero dizer que seja a interpretação exata. Ventilo apenas o assunto, para haurir ensinamentos. O que é necessário é estabelecermos uma linguagem única. O poliglotismo aqui é indesejável, porque confunde.

«Cursos de pós-graduação» devem ser todos aquêles que se realizam depois da graduação, isto é, para médicos. Serão cursos de pós-graduação os que, como êste, visam à «atualização» dos conhecimentos de médicos práticos ou de especialistas; como será também curso de pós-graduação aquêle que se destinar à «especialização» dos médicos, isto é, à formação do especialista.

Certo ou errado, é êsse o meu conceito, até que se estabeleça uma norma nacional, a que todos nós nos submetamos.

Veamos então como deve ser planejado um «Curso de Especialização», admitindo-se em princípio a instituição do «tempo integral».

III — CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO

Especialização subentende «residência». O que devemos entender por residência? Também aqui a expressão é eloqüente, fala por si. Residente será o médico que **resida** na Clínica ou no Hospital onde o curso de especialização se processa. Quer isso dizer que cada médico em especialização terá que dedicar todo o seu tempo ao estudo: — comer, dormir, viver, sonhar oftalmologia.

Êsse o verdadeiro e original sentido: — e o ideal sem dúvida.

Acontece, e não poderemos evitá-lo, que alguns médicos em especialização são casados e, destarte, não poderão residir na Clínica. Extende-se a êles, contudo, a qualificação de «residentes», que toma assim um significado um pouco diverso.

«Residentes» serão então os médicos inscritos no curso de especialização, dando-lhe tempo integral. Deverão de preferência «residir» na própria Clínica, ou, pelo menos, nela tomar refeições, para que não haja solução de continuidade em seu aprendizado.

Os residentes deverão receber mensalmente uma pequena «bolsa», que lhes permita transpôr o curso sem contrair dívidas (diversões, cigarros, transporte, etc.).

NÚMERO E SELEÇÃO DOS RESIDENTES — Quando vemos Baltimore e California (por exemplo) não aceitarem mais que 4 residentes em cada ano, apesar de contarem com uma equipe docente e com um arsenal de instalação dezenas de vêzes superiores aos nossos, — quedamos tímidos. Mas logo vem o ânimo, com o natural raciocínio de que estamos agora a engatinhar nêste sector. Tudo está por se fazer. Iniciemos. As deficiências e os êrros de origem virão à tona, e serão corrigidos. Não podemos é estagnar, e muito menos arrefecer ante a majestade do edificio norte-americano e a pobreza de nossas taperas. Mas o que vale é o ânimo, é o espírito, é o entusiasmo.

Eles hoje comandam, mais há 50 anos chafurdavam. Urge que tenhamos idêntica reação, porque também para nós não faltará a vitória. E bem rápida, por certo.

Apesar pois de nossas deficiências, que culminam na ausência do «tempo integral» já referido, acredito que possamos estabelecer como 4 o número médio de residentes (para cada ano) aceitável para as principais clínicas oftalmológicas do país.

Os professôres das ciências básicas alarmam-se com o número reduzido. Mas é que êles desconhecem o que significa treinar, na clínica e na cirurgia, êsses futuros especialistas.

Realmente é árdua a tarefa de formar cada ano 4 novos oftal-

mologistas. Mas é forçoso fazê-lo, em benefício do renome da oculística pátria.

Como selecionar êsses 4 homens? Oito, dez, vinte candidatos surgirão para essas 4 vagas. É muito difícil o critério de seleção, principalmente em nosso país, onde as distâncias praticamente impedem que reunamos os candidatos para um teste de seleção. Seria quasi desumano trazer um homem de Manáus ou de S. Luís a São Paulo, para depois fazê-lo voltar à sua cidade, por não haver satisfeito aos testes instituídos.

Na Norte-América, o número de ex-residentes de cada Clínica já é muito grande, e se tornam êles verdadeiros representantes dela nos locais em que trabalham. O que permite lógicamente o contácto pessoal entre os ex-residentes e os candidatos, nos diversos quadrantes do país, redigindo-se relatórios que servirão de base à seleção final. Ao que se juntam ainda os registros de aproveitamento no curso médico e no «internato», registros que permitem comparação, pois existe uma certa homogeneidade e uniformidade de critérios.

Nada disso poderemos ter por enquanto no Brasil. Temos que obter referências dos professôres (de oftalmologia ou não) das escolás de origem do candidato. Sempre pedir uma revisão da saúde de cada um, para evitar que o esforço inevitável durante a residência vá justificar baixas lastimáveis (ainda que transitórias); para evitar também o ingresso de candidatos sem as aptidões mínimas para a especialidade; para evitar enfim que se introduzam no seio da família oftalmológica de cada clínica elementos rebeldes, agressivos, arestosos. O residente deve receber bem as críticas, sem mágoas nem ressentimentos; deve ter boa convivência, pois a animosidade entre êles cria um clima insuportável e intranquilo.

Sem tranqüilidade, sem fraternidade, sem cooperação o esforço é em grande parte anulado.

CURSO BÁSICO — Aqui vem residindo a grande lacuna que todos nós sentimos, na formação dos oculistas brasileiros. A grande maioria, que não pode se beneficiar com bôlsas no estrangeiro, não teve o substrato indispensável da anatomia, histologia,

anatomia patológica, embriologia, bioquímica, etc.. Mais ou menos satisfatório treinamento clínico e cirúrgico da especialidade; e os conhecimentos básicos vindo depois, a prestações, mutilados, sem seqüência nem oportunidade.

Aliás, foi também êsse inicialmente o grande obstáculo nos Estados Unidos. De Schweinitz e seu grupo organizaram lá o primeiro curso básico para oftalmologia, que era freqüentado por candidatos a residências em diversas clínicas. A pouco e pouco, êsses cursos multiplicaram-se; para em seguida se extinguirem sucessivamente, à medida que as próprias clínicas adquiriam auto-suficiência.

Não obstante, ainda existem hoje, nos Estados Unidos, alguns raros cursos básicos isolados (como o de Lancaster, em Maine), procurados por aquêles que pretendem o treinamento médico-cirúrgico em serviços que não tenham possibilidade de oferecer o ensinamento básico.

Ora, o mesmo acontecerá entre nós. Algumas Clínicas (as universitárias) poderão organizar os cursos básicos. Creio que é êsse um argumento **prêviamente** (o que não impedirá revisões parciais nos momentos oportunos), pois isso permitirá que muitos médicos façam êsse aprendizado numa clínica, para depois realizarem o treinamento médico-cirúrgico noutra local.

Admitamos por exemplo que o Instituto Penido Burnier (apenas para raciocínio) não tenha fáceis condições para o curso básico, embora possua excepcionais possibilidades clínicas e cirúrgicas. Não seria razoável que os médicos que se destinassem ao Instituto pudessem realizar o seu cabedal básico em qualquer clínica universitária?

Ê esse um argumento, repito, a aconselhar o curso básico prévio, ao invés de desenvolvê-lo no sistema «piramidal» ao longo de toda a residência, mesmo quando a Clínica seja auto-suficiente. Com a vantagem ainda de poder o curso básico (só o curso básico) ser ministrado a um número maior de candidatos.

Como quer que seja, no entanto, o indispensável é dar ao

futuro oftalmologista uma formação de base, sem a qual êle poderá flutuar hàbilmente nas asas da experiênciã, mas sempre sentindo-se inseguro nos momentos cruciais. Serã mais um curioso de que um especialista.

Tão cêdo não teremos no Brasil clínicas oftalmológicas auto-suficientes. Isto é, para a realizaçã do curso básico teremos que apelar para a cooperaçã (que certamente não faltará) dos professores das respectivas cadeiras em cada Escola. Esta a grande vantagem das clínicas universitárias, e o grande «handicap» dos serviços não filiados.

DURAÇÃO DA RESIDÊNCIA (incluindo o curso básico) — Não devemos exigir no início o que hoje se exige noutras terras, após decênios de experiênciã. Como também não poderemos exigir menos do que o mínimo compatível com a aprendizagem que se quer propiciar.

Em outras palavras, creio que 2 anos de «residência» é um bom comêço para o Brasil. Hoje os Estados Unidos adotam 3 anos, havendo em alguns centros tendênciã para 4 ou 5.

Nos primeiros 8 mêses (1/3 do total), serã dado o curso básico e a propedêutica. E, paralelamente, os residentes dominam a refratometria (objetiva e subjetiva), ao mesmo passo que se identificam com as forias: — isso porque o estudo das ametropias é uma decorrênciã natural do estudo da ótica fisiológica.

Nos 3 últimos mêses dêste período, ao lado da propedêutica que entã se desenvolve, serã de boa técnica que os residentes atendam alguns doentes de ambulatório, fóra das horas rotineiras, de modo a poderem se adextrar na propedêutica, esgotando-a em cada caso.

Se o ambulatório normal da Clínica funciona pela manhã, serã convocados à tarde 2 doentes novos para cada residente. Terã êles a supervisã do professor ou de um dos assistentes. O objetivo essencial é adextrar os residentes na semiótica ocular: — oftalmoscopia, biomicroscopia (inclusive vítreo e retina), gonioscopia, campos visuais, adaptometria, visã cromática, oftalmodi-

namometria, exoftalmometria, etc. Enfim, a ficha de cada um desses pacientes deverá ser completa (ainda que necessite de ser completada no dia seguinte).

E os problemas de refração, em geral complexos e sempre os mais comuns, continuarão a ser atendidos, pois, em sua maioria, os casos a êste grupo se filiam.

Nos 15 mêses finais (2/3 do curso), continuarão os residentes a atenderem o ambulatório, onde se plasmam a tarimba e a experiência. Não basta repetir fielmente o que diz Duke-Elder, é necessário saber aplicar em cada caso aquilo que êle diz.

ANATOMIA PATOLÓGICA E BIOQUÍMICA — O anátomo-patologista geral não é autoridade para resolver todos os problemas oftálmicos. Por mais capacitado, mais experiente, mais culto, não poderá alcançar certas minúcias significativas para o oftalmólogo.

Como poderá êle compreender o interêsse em se mostrar a diferença entre membrana basilar do epitélio da córnea e membrana de Bowman?

Como poderá êle compreender a nossa preocupação em saber como se mostram as trabéculas do canal de Schlemm, ou como se apresenta o colágeno que envolve os seus canais eferentes?

Como poderá êle alcançar o nosso interêsse em localizar um nódulo de Koeppé ou de Busacca? Ou, num caso de impregnação metálica do ôlho, saber se os grânulos estão dentro das células do epitélio cristaliniiano ou fóra delas?

Como poderá êle estar capacitado a discutir uma retinite de Coats, uma angiomatose de von Hippel e um neuro-epitelioma?

Como poderá êle compreender a nossa preocupação em diferenciar uma pinguécua de um pterígio?

Enfim, é demasiado especializada essa anátomo-patologia, que exige um homem à ela dedicado, submisso é verdade à direção central, mas com específica diferenciação no domínio ocular.

O mesmo ocorre com a bioquímica, para onde visível e naturalmente se desloca o entusiasmo contemporâneo. A anatomia patológica vai se tornando grosseira em face do que a bioquímica nos faculta.

E como é melancólico dizer-se isso num país que ainda não atingiu, e não sei quando atingirá, a plenitude da consciência anátomo-patológica!

A anatomia patológica deverá se desenvolver durante todo o curso médico-cirúrgico, isto é, durante os 15 meses finais da residência. O que permitirá ainda a realização de sessões anátomo-clínicas, com o testemunho decisivo do exame microscópico da peça (presuntivamente decisivo), trazendo a palavra final à discussão clínica de cada caso.

Se isso para nós já custará lutas e sacrifícios, o que dizer da bioquímica? Tudo por fazer, e sem meios de fazê-lo.

Quando atentamos para o estudo das lágrimas, da córnea, do aquoso, do cristalino, do vítreo ou da retina; quando queremos saber o comportamento da anidrase carbônica e dos seus inibidores, em face dos anions que regem a formação do aquoso; quando queremos esmiuçar o perfil amino-ácido de um cristalino; quando o proteinograma se torna impositivo; quando queremos entrar na essência dos fenômenos retinianos, ficamos manietados, porque a nossa bioquímica especializada ainda não nasceu.

A bioquímica é o filão das nossas preocupações. Para ela há de se desviar em futuro (peço a Deus que seja próximo) o pivô de tôdas as Clínicas.

Mas realmente não podemos dar êste salto, sem o risco de uma queda fatal. Aproximêmo-nos a pouco e pouco. Ajustêmo-nos. Aparelhemos as nossas clínicas, catequisemos os nossos líderes, formemos os nossos técnicos. E só então experimentemos o salto impositivo.

ESTÁGIOS (SUB-ESPECIALIDADES) — Há dentro da oftalmologia setores que já se vão transformando em sub-especialidades (ou super-especialidades?). Glaucoma, estrabismo, descola-

mento de retina, uveites, campos visuais, eletroretinografia, neuro-oftalmologia, — são bons exemplos. Tôda Clínica Oftalmológica deverá individualizar tais departamentos, dando-lhes quasi que vida própria, e propiciando assim aos «residentes» um estágio de 3 meses (4 horas, 3 vêzes por semana) em cada um dêles. Nesses estágios será feita a prática intensiva dos respectivos assuntos, mas também será esgotado o seu estudo teórico.

Ê verdade que êsses estágios podem abranger setores afins. Por exemplo, os 3 meses de neuro-oftalmologia incluirão o estudo dos campos visuais. O que permitirá que se percorram todos os setores, dentro do período estabelecido para a residência. Com a vantagem ainda de podermos efetivá-lo com menor número de auxiliares.

Atentai bem. Depois do domínio da refração, obtido nos primeiros oito meses, tais estágios darão ao residente um acêrvo de conhecimentos sôbre os capítulos de maior significação clínica.

Ê êste um ponto alto na residência, que deverá ser cuidado com carinho e desvêlo. E como nos trará dificuldades! Exatamente porque tais departamentos exigem pelo menos um chefe em tempo integral. Se falarmos nisso, no momento atual, seremos tachados de visionários, mas aos poucos iremos conquistando as diversas linhas, para podermos ao final gizar com segurança todo o contôrno, todo o perfil de uma Clínica Oftalmológica.

CIRURGIA E TÉCNICA OPERATÓRIA — O progresso traz por vêzes alguns entraves. Nos Estados Unidos, as residências já estão lutando com a falta de casos cirúrgicos. E um dos motivos é exatamente o grande progresso da assistência médica. Quasi tôda a população é segurada, tornando-se assim não aproveitável para o ensino.

Em nosso meio, onde a assistência médica da Previdência Social é uma farsa, é um espectro, é uma burla (dirigida por leigos e subordinada, não ao Ministério da Saúde, mas ao Ministério do Trabalho), contamos porisso mesmo com um satisfatório reverso da medalha: — não rareará por muitos anos o material para en-

sino, desde que o saibamos cuidar com tacto, dedicação, humanidade e proficiência.

Inicialmente, na segunda parte do Curso, serão dadas as aulas teóricas sobre clínica e cirurgia, sendo estas últimas sempre alternadas com demonstrações práticas em cadáver ou em animais. Órbita, pálpebras, ap. lacrimal, músculos, podem ser treinados em cadáver. Córnea, iris, cristalino serão preferentemente dominados em animais.

Ao mesmo passo, os leitos das enfermarias serão divididos pelos 4 residentes. O pré e o pós-operatório ficarão a seu cargo, e o ato operatório terá o respectivo residente como auxiliar (de início) ou como cirurgião (mais tarde), auxiliando ou auxiliado pelos assistentes efetivos da Clínica, sob cuja responsabilidade tais operações se realizam.

Serão 15 meses, em que 3 vêzes por semana tal sistema funcionará. Nos dias não dedicados à cirurgia (em reuniões conjuntas ou nas visitas à enfermaria), serão revistas tôdas as papeletas dos doentes a serem operados como daqueles em condições de alta, para que se discutam diagnósticos, indicações, técnicas, resultado, etc.. Como também deverá sempre ser revista a descrição do ato operatório, também da responsabilidade do residente.

Em minha Clínica, para citar um exemplo concreto, cada residente se ocupa de 6 leitos. E não é exagero avaliar em 150 o número de operações, em que cada residente funcionará como auxiliar ou cirurgião. Sem incluímos aí a previsão dos casos cirúrgicos ambulatorios.

MISE-EN-POINT — Para obrigá-los ao estudo, à revisão bibliográfica, ao hábito de síntese, ao domínio do auditório, à precisão didática, é de todo aconselhável, desde a primeira parte do curso, que aos sábados um dos residentes explique um assunto qualquer previamente escolhido (um mês de antecedência), recebendo depois as críticas, as perguntas, as indagações.

Ê um sistema que traz rapidamente valiosos frutos. Acompanha-se o desenvolvimento didático dos residentes, tanto mais necessário quanto é de se supôr que homens assim formados de-

vam em futuro se constituir em novos núcleos de ensino e de difusão de conhecimentos.

TÉSES — Outro aspecto de relevância é dar-se a cada residente, após alguns meses de observação de suas tendências e penhores, um assunto para tese. Ao término do curso, prestarão êles as provas exigidas pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia (o nosso «Board»), e receberão dêste o certificado de «oftalmologista». A seguir, defenderão nas Escolas Médicas de origem as teses que prepararam, em busca do título de «doutor em medicina».

Isso, enquanto não se alterar a nossa legislação, pois, a meu vêr, o título de «doutor em medicina» pode prescindir nesses casos da defesa de tese, desde que o curso realizado o seja a responsabilidade direta da Escola, e o aproveitamento homologado pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

Aliás, não vai nisso originalidade. Pois o projeto de reforma do ensino médico (projeto 2406/57), que se congela injustificadamente no Legislativo Federal, diz textualmente no parágrafo 2.º de seu artigo 15: «aos médicos que concluírem curso de pós-graduação serão conferidos o respectivo certificado de aprovação e o grau de Doutor». (a expressão pós-graduação é aqui usada no sentido de especialização).

RESIDENTES JÚNIORS E SENIORS — Adotando-se o critério de 4 residentes em cada ano, teremos sempre 8 residentes: — 4 júniors (1.º ano) e 4 seniors (2.º ano).

Não é fácil atender a 8 residentes, não só alojando-os todos na Clínica, como propiciando-lhes uma bolsa mensal (ainda que modesta). As nossas Escolas ainda não estão aparelhadas para isso: — em muitas ainda se conserva o indesejável hábito de internos ou acadêmicos-residentes, o que é duplamente nocivo, para os próprios acadêmicos que desvirtuam o seu mistér, como para os médicos «residentes», que vêem as possibilidades de alojamento parcialmente blôqueadas.

No caso especial de minha Clínica, não tenho possibilidades de alojar mais do que 4 residentes. Isso resultará em sacrifício

do plano original, pois terei que reservar as 4 possibilidades de alojamento para os residentes «seniors», isto é, para aqueles que mais se beneficiarão com o contácto permanente dos enfêrmos, já que engolfados no estudo da clínica e da cirurgia.

Terei, a contragosto, de manter os residentes «júnior» (1.º ano) alojados fóra da Clínica, tomando nesta tôdas as refeições, para que não se mutile a seqüência indispensável do treinamento.

Mas é essa uma situação irregular, fruto sempre de nossas deficiências e de nossa inexperiência. O futuro aplanará essas arestas. Entrementes, multipliquêmo-nos para dar ao curso o máximo possível de rendimento.

Por outro lado, como disse, cada um dos 8 residentes receberá uma pequena «bôlsa», que terá de ser um pouco maior para os que não se alojem na Clínica. Em média, Cr\$ 8.000,00. O que significa Cr\$ 64.000,00 por mês, e Cr\$ 768.000,00 por ano. Como obter tais recursos em nosso meio? Em futuro, não será impossível incluir-se no orçamento federal verba específica para o após-graduação (art. 17 do mesmo infeliz projeto 2406/57).

Mas até lá cada professor que engendre planos ou fórmulas para obter o montante. Com tenacidade e caradurismo em geral obtêm-se; e principalmente pondo em jôgo o próprio prestígio e as relações pessoais. Cada professor ficará devendo enorme messe de favôres aos seus amigos que o auxiliam. Mas não há vitória sem luta. E quanto mais se luta melhor o sabôr daquela.

A direção das nossas Escolas é que deve mobilizar-se em nosso auxílio. Pleiteando verbas federais. Buscando a ajuda da CAPES. Articulando-se com fundações como a Kellogg, cujo objetivo essencial é exatamente o da pós-graduação.

Mas a desvantagem do inovador é não ter o terreno desbravado. Em futuro, as Faculdades já terão por certo convênios firmados com essas e outras entidades; já existirá uma regulamentação estabelecida; os auxílios serão automáticos.

Mas não é do temperamento oftalmológico (nem da oftalmologia de Gradle, nem da de Alvaro) vir na retaguarda.

Em síntese: — 4 residentes júnior (1.º ano) + 4 residentes seniors (2.º ano).

O residente senior será, sem dúvida, um auxiliar do ensino, principalmente em relação aos júnior. Cada júnior terá em um senior o seu orientador, o seu anjo-da-guarda.

Principalmente com a falta de pessoal que nos assoberba (a nós do Brasil), é indispensável que contemos com a cooperação didática dos residentes seniors. Mesmo porque para êstes será de grande vantagem a tarefa, que os obrigará a revêr e atualizar os estudos anteriores.

DIREÇÃO DO DEPARTAMENTO — DUPLO COMANDO —
Sem voltar a encarecer a instituição do tempo integral, lembremos sempre e sempre que Escola de Medicina não é apenas ensino, mas também (e muito) pesquisa.

Sem pesquisa seremos caudatários, sem tempo integral não teremos pesquisa. O ciclo vicioso tem que ser rompido.

Pretendo com isso acentuar que uma Clínica Oftalmológica, que se proponha a realizar «cursos de especialização», deve ter suas atenções voltadas para a pesquisa. Nada (ou quasi nada) possuímos hoje, mas devemos cogitar do problema, pois só equacionando-o poderemos resolvê-lo.

Não será o instante oportuno de interferir o Conselho Nacional de Pesquisas, trazendo sua cooperação material, intelectual e moral a esse movimento?

O atual Govêrno da República, por razões ponderáveis e compreensíveis, devotou uma destacada atenção para os problemas de engenharia. Não há como criticá-lo por isso. A não ser que se argumente no sentido de serem as pesquisas médicas computadas em idêntico padrão.

Mas não só o Govêrno, como os nossos milionários, os nossos industriais, as nossas grandes organizações latifundiárias, devem encarar o problema, estimulando as doações e auxílios, com fundos específicos para as investigações que se processam em todos os

sectores da atividade científica. Não nos esqueçamos de que a redenção do Brasil há de se alicerçar na pesquisa.

Não só tais auxílios envolverão um sentido patriótico em prol do desenvolvimento nacional, como em última instância resultarão em proveito mediato para os próprios doadores. Quanto mais forte o Brasil, mais fortes as colunas que o sustentam.

Nesta linha de raciocínio, compreende-se bem o que se passa em muitas Universidades americanas: — o «duplo comando» dos Departamentos Oftalmológicos, a fim de bem diferenciar a Clínica da Pesquisa, embora sejam elas entrosadas e indissociáveis no mistér do ensino.

O chefe do Departamento terá a supervisão geral. Mas, se êle fôr clínico, existirá um chefe de pesquisa mais ou menos autônomo. Foi o que fez Wheeler, na Columbia University, o qual, como chefe do Departamento, deu a Thygeson (depois substituído por Sallmann e Smelzer) a chefia do sector de pesquisa. Foi também o que adotou Cordes, na California, assumindo (como diretor) a responsabilidade direta do treinamento clínico e cirúrgico, deixando a pesquisa com Hogan e ainda Thygeson.

Esse critério, que denominamos de «duplo comando» (embora o chefe do Departamento tenha a supervisão geral) é o critério que me parece lógico, desde que as nossas Clínicas, em futuro, ganhem possibilidades de pesquisa.

Enquanto a investigação médica do Brasil está embrionária, parece-me mais certo que a direção das nossas Clínicas ainda continui, dentro do conceito europeu, a girar em tórno de um só homem. Como fazia O'Brien, em Iowa, treinando os futuros especialistas, ao mesmo tempo que não descurava da pesquisa. É verdade que O'Brien era onímodo e excepcional, porém, em grau menor, os chefes poderão estar presentes em todos os setores, sugerindo, estimulando e controlando.

Mas nada se fará sem que o «staff», a começar do chefe, tenha um núcleo substancial em dedicação exclusiva.

AULAS TEÓRICAS — Parece-me muito conveniente que o

calendário do Curso seja previsto o mais exatamente possível, e que seja cumprido dentro do maior rigôr.

Devemos encarecer aos professôres do curso a conveniência de se oferecer sempre um expressivo complemento prático, e que, nas aulas teóricas, não se cinjam a repetir livros clássicos (que poderão ser compulsados pelos residentes, tirando-lhes o interesse), mas dando às aulas o máximo colorido de originalidade. Inclusive ilustrando-as fartamente (projeção, desenhos, esquemas).

Como acentua Cordes, cada professor do curso deve se compenetrar da alta responsabilidade de que é investido, e **preparar devidamente suas aulas, pouco importando o número dos alunos.**

Preparar as aulas, dando-lhe um sentido eclético, mas não deixando de emitir sua opinião, à base de sua própria observação e experiência.

BIO-ESTATÍSTICA E METODOLOGIA CIENTÍFICA — A obrigação do residente desenvolver uma tese durante o curso implica no seu adexramento quanto à metodologia científica.

Como realaizar uma busca bibliográfica e como citá-la, como obter os originais, como escolher o título para o trabalho elaborado, como fichar a bibliografia compulsada, como desenvolver um trabalho científico, etc., são aspectos à primeira vista despiciendos, mas na realidade relevantes, e principalmente olvidados.

Como também não se admite hoje que um trabalho seja iniciado, e principalmente divulgado, quando se fundamenta em qualquer gênero de casuística, sem que o estudo estatístico seja cuidadosamente feito. Para que se evitem conclusões afoitas, não fundamentadas, e às vêzes até em oposição ao que na realidade os próprios dados forneceriam, se fôsem estatisticamente trabalhados.

Eis porque se impõe, durante a «residência», um estudo elementar (embora suficiente) de bio-estatística, para que o médico pelo menos não realize êrros grosseiros na elaboração de um trabalho.

● INTERCÂMBIO E PALAVRAS FINAIS — Mas convém que eu termine porque, se fôr atender a tôdas as rubricas que me ocorrem, seria um tonel sem fundo, jamais terminaria.

E por outro lado, o que aí ficou sôbre o «curso de especialização» eu bem sei que é um registro ousado. Com um ano apenas de experiência não me abalançaria a escrevê-lo, se não contasse com o amparo do que escrito está por outros realmente experimentados, e de que tanto me vali. E também porque o que aqui escrevo, longe de ser dogma, é matéria movediça, instável, simples pretexto para suscitar questões, problemas e dúvidas, pois só assim poderemos ter respostas, equacionamentos, soluções.

Grupos bem mais experimentados neste particular, como êste Centro de Estudos, como Penido Burnier, Como Cyro de Rezende, como a Sociedade Brasileira de Oftalmologia, como o Hospital dos Servidores do Estado, cada qual, com sua experiência e com sua modalidade de observação, deve trazer o seu valioso contingente para que lhe tiremos a resultante cada vez mais significativa e útil.

Será isso uma forma de intercâmbio universitário. O mesmo intercâmbio que cada um de nós, em nossos cursos, busca ao trazer elementos de outras plagas. Foi Moacyr Alvaro inaugurar o meu curso em Belo Horizonte; venho agora retribuí-lo, com modestia e emoção, inaugurando êste que tem nêle o nome tutelar.

Ê preciso que os responsáveis se revezem e se engrenem. Já não digo para atingirmos o ideal expresso por Corrêa Meyer, líder acatado e querido da oculística nacional, ao manifestar a sua crença na possibilidade de um curso de especialização, em que todos os professores do Brasil cooperassem. Com o intercâmbio atinge-se, de outra forma, o mesmo objetivo sonhado pelo mestre gaúcho. O que importa é que Rio, S. Paulo ou Belo Horizonte, Pôrto Alegre, Salvador ou Recife, tenham as antenas voltadas para o alvo comum, e que os responsáveis de braços dados caminhem juntos, para ampliar esta corrente de esforço, de ideal e de propósito, que busca arrastar a oftalmologia brasileira para um nível mais alto de fortalecimento e de prestígio.

Se êste meu anseio fôr atingido, agitando a questão em mais minúcias, estarei recompensado.

E a vós, senhores do Centro de Estudos e colegas inscritos neste Curso, eu vos agradeço sensibilizado a honra que me déstes, o prazer que me proporcionastes e a alegria que me foi concedida, por ter a oportunidade de relembrar, com justiça e saudade, o nome do vosso patrono.

Já o disse de outra feita e volto a repetir: — Moacyr Alvaro ao morrer levou consigo uma legenda — «benemérito da oculística brasileira».