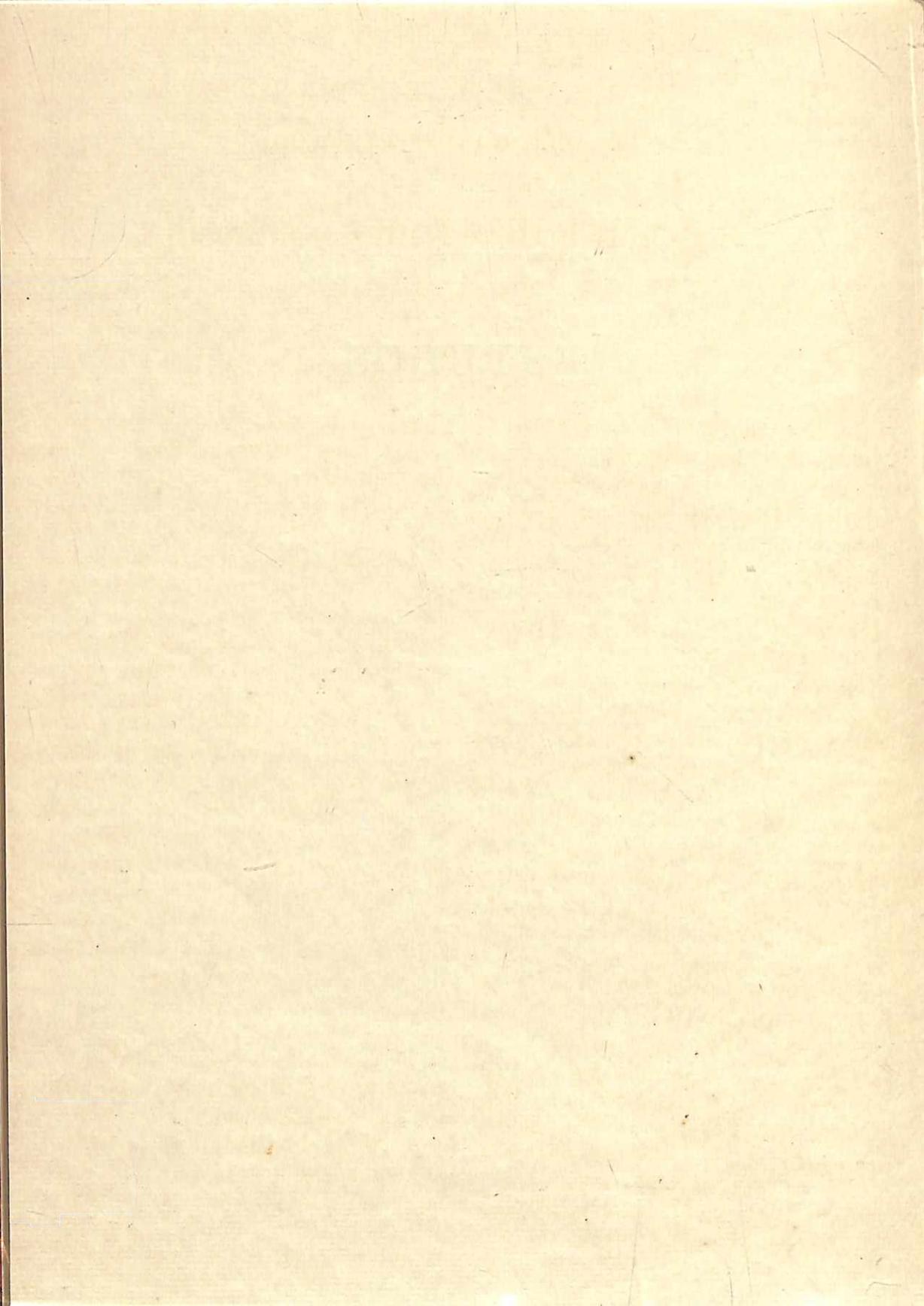


DOCUMENTOS

ESTUDOS



EDUARDO WANDERLEY, FILHO

Sistema de Residentes no Brasil

Introdução

“TODO HOSPITAL IMPORTANTE deverá ter, no seu Corpo de residentes de cirurgia, pelo menos um que esteja bem capacitado a lidar não somente com a emergência que possa surgir e realizar qualquer operação conhecida de cirurgia, como também reconhecer a aparência macroscópica de todos os tecidos patológicos comuns e lesões”.

Anunciava com estas palavras Halsted, em 1904, na sua inolvidável conferência, a adaptação do plano dos hospitais universitários germânicos ao Johns Hopkins, de Baltimore. Os quatro grandes da Medicina americana — Welch, Culleu, Osler e Halsted — estabeleceram as bases do que se constituiu no maior avanço, destes últimos cinquenta anos, em Treinamento Médico — o sistema de residência. O “Staff” cirúrgico de Halsted era constituído de 8 “internos” e 1 “externo” (patologia). Os quatro primeiros serviam apenas por um tempo de Serviço Opcional, que se alongava por muitos anos. Recebiam salário. Eram estimulados a investigações originais. E deviam dedicar-se a um estudo acurado da patologia cirúrgica, da bacteriologia, e tanto quanto possível da fisiologia.

Não se fizeram esperar os resultados. Alguns luminares da cirurgia americana daí nasceram: Dandy, Cushing, Bloodgood, Hever, etc.

Foi Halsted, cuja vida tão tocada de fases dolorosas cuja personalidade tanto se impunha a todos, e cujas idéias ultrapassavam a sua época, — foi Halsted um marco da história médica. A excepcional conferência que, em junho de 1904, na Universidade de Yale, pronunciou sobre “The Training of the Surgeon” tem a marca de um super-normal e de um iluminado, pela precisão de fatos futuros, pela visão profética da evolução cirúrgica, pela síntese histórica, pela elegância da linguagem e pela qualidade da cultura humanística e técnica. A sua leitura é sempre altamente recomendável aos que pretendem ser cirurgiões, tendo como o estudo da sua vida e da sua influência (Crowe, 1957). Quem visita a Universidade de Johns Hopkins não completa sua peregrinação se não sentir, nas salas que guardam os objetos que utilizou, e onde se respira ainda a atmosfera em que viveu, a presença que perdura, e a influência que se não apaga.

Mas o sistema de residência, então

creado, universalizou-se. E ampliou-se pelos seus méritos. Nos hospitais americanos logo se destacam a competência, a dedicação, a eficiência e o zêlo do Residente-senior. É a mola que impulsiona, é a fôrça que movimenta, é o exemplar perfeito do médico, na integridade, na inteireza e na dignidade da sua função.

Residência no Brasil

O exemplo da Sta. Casa de Santos, do Hospital dos Servidores (1948) e das outras organizações, que aos poucos foram estruturando o sistema de residentes no Brasil, levou a pronunciamientos oficiais que, por categóricos e definitivos, merecem citação.

Tema do I Congresso da Associação Médica Brasileira (Ribeirão Prêto) em 1956, assim concluiu o relatório final:

“6.º Tema: Residência.

Constitui o período em que o médico, durante 2 ou mais anos, se dedica integralmente ao trabalho especializado, em serviços hospitalares ou laboratórios — universitários ou credenciados — com o propósito de especializar-se.

É recurso facultativo para os que, depois de diplomados, desejam aprofundar conhecimentos em determinado campo da medicina. Constitui assim uma etapa necessária à especialização.

Constituindo a Residência uma etapa de aperfeiçoamento médico, que não deve necessariamente estar no âmbito escolar, deverá caber à A.M.B. o credenciamento dos hospitais para exercerem esta função.

Aconselha a mesa-redonda que as

exigências impostas aos habitantes credenciados deverão ser mais complexas que para o internamento, devendo, sempre que possível, oferecer condições semelhantes às exigíveis para os Hospitais-Escola.

Dado o seu valor na especialização do profissional e no aprimoramento dos conhecimentos no período dos pós-internato, deve a A.M.B. concretizar desde logo sua realização”.

Na 1.ª conferência sôbre “Ensino da Clínica Médica” (Salvador), em fevereiro 1961, assim consta das conclusões e recomendações:

“Aceita a Conferência a seguinte definição de residente: o médico-recém-formado, em regime de dedicação exclusiva, sob supervisão adequada, em serviço ou grupo de serviços correlatos, cujos doentes estarão sob sua orientação direta. O residente constitui, na opinião da Conferência, o elemento fundamental na unidade hospitalar de ensino.

Considerando as atribuições e responsabilidades dos residentes admitiu-se:

a) responsabilidade de assistência, compreendendo desde as atividades de rotina junto aos doentes até às indicações diagnósticas e terapêuticas requeridas em situações de urgência;

b) responsabilidade médica amplamente reconhecida pela Direção e pelo corpo clínico e rigidamente mantida;

c) participação em tarefas didáticas tanto no que se refere a internos e estudantes, como no que se refere às reuniões do corpo clínico;

d) participação em atividade de pesquisa.

Cabe às Faculdades a maior respon-

sabilidade na manutenção de Residentes em seus hospitais, bem como incentivar e estimular o programa da residência em outros hospitais, aos quais deve oferecer cooperação e, se necessário, orientação.

O planejamento e a supervisão da Residência devem estar a cargo de órgão especialmente criado para êsse fim. Na seleção dos residentes, devem levar-se em conta as qualidades de caráter e inteligência dos candidatos, seu preparo técnico e profissional e seu *curriculum vitae*".

No 1.º Debate Nacional sobre o Ensino da Cirurgia, (Pôrto Alegre), em maio de 1961, nas conclusões e recomendações se diz:

"A Residência constitui a fase fundamental da formação cirúrgica.

O Residente constitui o elemento essencial da organização hospitalar moderna, mantendo a continuidade da

observação e da assistência aos enfermos, além de incentivar o funcionamento coordenado dos serviços auxiliares.

Sugere-se como programa básico mínimo:

a) duração mínima de dois anos em regime de dedicação exclusiva;

b) execução de no mínimo 40 intervenções de responsabilidade progressiva e observação de 100 pacientes como trabalho anual;

c) realização de trabalhos de pesquisa, treinamento e técnica, de acôrdo com as possibilidades do meio.

O residente em cirurgia está diretamente subordinado ao Professor ou Chefe do Serviço, podendo ser-lhe atribuída função didática nas fases avançadas de seu treinamento.

A especialização em cirurgia deve ser precedida pela residência em Cirurgia Geral".

JUNHO 1962

QUADRO 1

RESIDENTES — inquérito

	Inquérito Enviado	Respostas Residentes	Com residente	Fac. de Medicina	Saúde Casa de	Entidade Pública	Observações
1	Prof. J. H.	Sim	Sim	+			
2	Prof. J. M. R.	Sim	Não (1)	+			(1) Em planejamento.
4	Dr. J. F. C.	Sim	Sim		+		
5	Prof. L. A. O.	Sim	Sim (1)	+			(1) Serviço do Professor
6	Prof. E. S. B.	Sim	Sim	+			
9	Prof. R. F. S.	Sim	Sim	+			
10	Dr. J. S. N.	Sim	Sim				
11	Dr. J. P.	Sim	Sim			+	
12	Prof. M. A. A.	Sim	Sim (1)	+		+	(1) Serviço do Professor
13	Prof. F. P.	Sim	Sim		+		
14	Prof. A. M. A.	Sim	Não (1)	+			(1) Aprovado não executado
15	Prof. F. F. L.	Sim	Sim	+			
16	Prof. A. C.	Sim	Sim	+			
17	Prof. A. J.	Sim	Sim	+			
18	Dr. F. M.	Sim	Sim			+	
19	Dr. J. F.	Sim	Sim			+	

Respostas	Data Formatura	Curriculum	Referências	Concurso	Entrevista	Compromisso	Atestado Saúde	Duração		OBSERVAÇÕES
								Máxima	Mínima	
1 (FM)	Rec.	—	Sim	—	Sim	Sim	—	3a.	4a.	
4 (CS)	— 3a. (1)	Sim	Sim	—	—	Sim	—	1a.	2a.	(1) Solteiro
5 (FM)	Rec.	—	—	—	—	—	—	—	2a. (1)	(1) Corresponde curso post-graduação
6 (FM)	2a.	Sim	Sim	Sim	—	—	—	1a. (1)	2a. (2)	(1) Necessário ter sido interno (2) Prorrogável
9 (FM)	2a.	(1)	—	Sim (2)	—	Sim	—	1a.	2a. (3)	(1) Preferência Faculdade (2) Títulos ou títulos e provas (3) Prorrogável
10 (EP)	Até 3a.	—	—	Sim (1)	—	—	Sim (2)	1a.	2a. (3)	(1) Títulos ou títulos e provas (2) e exame psicotécnico (3) Prorrogável
11 (EP)	Rec. Pref.	—	Sim	—	Sim	Sim (1)	Sim	1a. ou 6m. (2)	3a. (2)	(1) Contrato assinado (2) Dependendo especialidade
12 (FM)	1a.	Sim (1)	—	—	—	—	—	2a.	3a. (2)	(1) Acesso por promoção dos melhores estagiários (pré-residência) (2) 1 ano opcional
13 (CS)	Rec.	Sim	Sim	—	Sim	—	—	1a.	2a.	
15 (FM)	2a.	Sim	Sim	—	Sim	—	Sim	1a.	2a.	
16 (FM)	2a.	Sim	Sim	—	Sim	Sim	—	2a.	3a.	
17 (FM)	— 3a. (1)	(2)	—	—	—	—	—	2a.	—	(1) Menos de 35 a .de idade, solteiro (2) Preferência Faculdade
18 (EP)	—	Sim	—	—	—	Sim	—	1a.	2a. (1)	(1) Prorrogável
19 (IC)	— 2a.	Sim	Sim	—	Sim	Sim	—	1a.	2a.	A residência é prorrogável para 2 anos

Respostas	Rotativo		Especializado		Gradação	N.º de Residentes	OBSERVAÇÕES
	Sim Não	Norma	Sim Não	Norma			
1 (FM)	Não	—	Sim (1)	Cir. Ger. - 3a. Cir. Esp. - 1a.	R-interno R-assistente R-Chefe	4	(1) Correspondente a post-graduação
4 (CS)	Não	—	Sim	Cir. Ger. - 1a. (1)	R-chefe (mou)	4(2) (3)	(1) Prorrogável por 2 anos (2) 3 R-1 R-chefe (3) Rodízio nos Departamentos
5 (FM)	Não	—	Sim	Cir. Geral	—	4	
6 (FM)	Sim	1.º ano (R-1)	Sim	2.º ano - (R-2)	R-1 R-2 R-chefe (1)	—	(1) Pode passar a preceptor
9 (FM)	Sim	1.º ano (R-1)	Sim	2.º ano - (R-2) 3.º ano - (R-s)	R-1 R-2 R-senior	43 (2)	(1) 9 Departamentos e 3 serviços (2) R ₁ — 31 R ₂ — 12
10 (EP)	Sim	1.º ano (Inter.) Fase básica	Sim	2.º ano - R(1)	Est. interno Est. resid.	—	(1) Prorrogável
11 (EP)	Sim	1.º ano (Rj) Serv. afins	Sim	2.º ano - (R-s) 3.º ano - (R-a)	Rj (1) Rs(2)	Rj-49 Rs-40 Ra-11	(1) R-junior (2) R-senior (3) R-assistente
12 (FM)	Não	—	Sim	Cir. esp. (1) Ambulatório Anestesia Enfermaria	—	4	(1) 4 a 6 meses
13 (CS)	—	—	Sim	1.º ano (1) (Cir. Geral)	—	4	(1) Prorrogável por 2 anos
15 (FM)	Sim	1.º ano (R-1) Méd.-Cirúrg.	Sim	1.º ano (R-1)	R-1	30 (2) (3)	(1) Prorrogação máxima (2) em 1962
16 (FM)	Sim	1.º ano-(R) Méd. Cir. ou especial	Sim	2.º ano (Rg)	R Rg (1)	14 (2)	(3) em 1961: 21 - R-1:17 - R-2:4 (1) Graduado (2) Cl. méd., cir., pediatria, obstetr. oft., CRL neurologia
17 (FM)	—	—	Sim	1.º ano (R)	R	12 (1)	(1) Início em 1962 (1) Prorrogável (2) Rc — chefe
18 (EP)	Sim	1.º ano (Internos)	Sim	2.º ano (R) (1)	Interno R (2.º ano) Rc (2)	—	
19 (IC)	Não	—	Sim	Nos depart. há rotativ.	Int. (1a.) Resid. Resid. sen.	9	5 internos 4 residentes

Respostas	Remuneração	HOSPEDAGEM			Férias	Certif.	Tratam.	OBSERVAÇÕES
		Alojam.	Alimen.	Roupa	ou Licença	ou Diploma	de Saúde	
1 (FM)	Ri - Cr\$20.000,00 Ra - Cr\$30.000,00 Rc - Cr\$40.000,00	—	—	—	Sim	Sim	Sim	
4 (CS)	Cr\$20.000,00 (1)	Sim	Sim	Sim	—	—	—	(1) 1.º trimestre - Cr\$15.000,00 2.º e 3.º - Cr\$20.000,00 4.º trimestre - Cr\$25.000,00
5 (FM)	Cr\$20.000,00 (1)	—	—	—	—	—	—	(1) casado: Cr\$40.000,00
6 (FM)	R ₁ - Cr\$16.000,00 R ₂ - Cr\$20.000,00	Sim	Sim	Sim	20d	Dipl.	Sim	
9 (FM)	—	—	—	—	—	—	—	
10 (EP)	Gratíf. mensal	Sim	Sim	Sim	10d	Cert.	Sim	
11 (EF)	Ri - Cr\$13.000,00 Rs - Cr\$16.000,00 Ra - Cr\$20.000,00	Sim	Sim	Sim	Férias	Cert.	Sim	
12 (FM)	—	—	—	—	—	—	—	
13 (CS)	Cr\$ 1.000,00	Sim	Sim	Sim	15d	Cert.	Sim	
15 (FM)	Cr\$15.000,00	Sim	Sim	Sim	—	—	—	
16 (FM)	R - Cr\$20.000,00 Rg - Cr\$25.000,00	Sim	Sim	Sim	Sim	Cert.	Sim	
17 (FM)	Cr\$30.000,00	Sim	Sim	Sim	—	—	—	
18 (EP)	R ₁ - Cr\$35.000,00 R ₂ - Cr\$43.000,00	Sim	Sim	Sim	20d	Dipl.	Sim	
19 (IC)	Ri - Cr\$15.000,00 R - Cr\$20.000,00 Rs - Cr\$40.000,00	Sim (1)	Sim	Sim	Sim	Cert.	Sim	(1) A partir de agosto de 62

Respostas	Horas de Trabalho	Pesquisa	Ensino	Estudo	Publicações	Cursos e Conf.	Reuniões	Visitas	Exames de Rotina	OBSERVAÇÕES
1 (FM)	RDE	Sim	Sim	Sim	(1) Sim	Sim	Sim	Sim	(2)	(1) Tese (2) Trab. nas enferm., ambul. e centro cirúrgico 300 doentes - 500 interv. - Rotina especial
4 (CS)	RDE	Sim	—	Sim	(1) Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	(1) 1 trabalho pelo menos
5 (FM)	RDE	—	Sim	Sim	—	Sim	Sim	Sim	(1)	(1) 7 leitos e 40 interv. por ano, além de dissecar peças anatómicas toda semana
6 (FM)	RDE	—	Sim	—	—	Sim	Sim	Sim	—	
9 (FM)	RDE	Sim	Sim	(1) Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	(1) Curso de aperfeiçoamento
10 (EP)	RDE	Sim	—	—	(1) Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	(1) Prêmio aos 2 melhores trabalhos
11 (EP)	RDE	X	Sim	—	—	Sim	Sim	Sim	XX	X Depende da clínica XX Rotina especial
12 (FM)	—	—	—	Sim	—	Sim	Sim	Sim	—	
13 (CS)	RDE	—	—	Sim	—	Sim	Sim	Sim	Sim	
15 (FM)	RDE	Sim	—	Sim	—	Sim	Sim	Sim	Sim	
16 (FM)	RDE	Sim (1)	Sim (2)	Sim	(3) Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	(1) (2) Eventualmente (3) Facultativo. Se de mérito diploma especial
17 (FM)	RDE	—	—	Sim	—	Sim	Sim	Sim	—	
18 (EP)	RDE	Sim	(1) Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	—	(1) Escola de Enfermagem
19 (IC)	RDE	—	—	Sim	—	Sim	Sim	Sim	Sim	

Inquérito

Sem que constitua provávelmente amostra adequada, foi feito um inquérito no Brasil (Quadro I), do Rio Grande do Sul ao Ceará, indagando a estrutura do sistema de residência. As respostas obtidas permitiram observar de modo aproximado a exigências (Quadro 2), o sistema adotado (Quadro 3), os direitos (Quadro 4) e os deveres (Quadro 5).

Enviados 20 Questionários, foram obtidas 16 respostas. Aproveita-se o ensejo para agradecer a gentileza dos que responderam, e que vão nesta lista, pela ordem do inquérito, citados:

- 1 — Prof. José Hilário — Instituto de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul.
- 2 — Prof. Lamartine Souza — Faculdade de Medicina da Universidade de Sta. Maria — Rio Grande do Sul.
- 4 — Prof. Jonas de Faria Castro — Casa de Saúde São Leopoldo — Londrina, Paraná.
- 5 — Prof. Luís Andrés Ribeiro de Oliveira — Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais.
- 6 — Prof. Eurico da Silva Bastos — Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- 7 — Prof. Rui Ferreira Santos — Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — São Paulo.
- 8 — Dr. J. Sady Netto — Sta. Casa de Misericórdia de Santos.
- 9 — Dr. Jarbas Pôrto — Hospital dos Servidores do Estado — Rio de Janeiro.
- 10 — Prof. Mariano Augusto de Andrade — Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil.
- 11 — Prof. Fernando Paulino — Casa de Saúde São Miguel — Rio.
- 12 — Prof. Assad Mameri Abdenur — Faculdade Fluminense de Medicina.
- 13 — Prof. Fernando F. Carvalho Luz — Fa-

culdade de Medicina da Universidade da Bahia.

- 14 — Prof. Amaury Coutinho — Faculdade de Medicina da Universidade do Recife.
- 15 — Prof. Haroldo Joaçaba — Faculdade de Medicina da Universidade do Ceará.
- 16 — Dr. Fernando Moraes — Hospital Distrital de Brasília.
- 17 — Dr. Jozef Feher — Instituto de Cardiologia do Estado de São Paulo.

É evidente que o inquérito feito não pode fixar de modo definitivo, e no momento dado, a situação da “Residência” no Brasil. Não foram obtidos alguns outros dados referentes a centros onde se sabe tal sistema existir (por ex., Escola Paulista de Medicina, em São Paulo, Fundação Felício Roxo, em Belo Horizonte, entre outros). E alguns informes tabelados talvez não sejam perfeitamente exatos em face das fontes não serem atualizadas, tendo sofrido modificações. Contudo — e foi esta a intenção — talvez êste trabalho possa despertar interêsse e levar a novos levantamentos mais completos.

Considerações Gerais

A correspondência, que na ocasião foi trocada, evidencia uma convicção e um entusiasmo pelo sistema, que é então de perguntar-se: por quê não se generalizou? que empeços se antepõem à medida universalmente reconhecida como útil, necessária, indispensável, imperativa? óbices econômicos? desorganização? ou a própria natureza dêste movimento revolucionário que se vive no Brasil, ansiando por definir-se nos seus rumos universais, nas suas contingências geográficas, no seu determinismo histórico? Nada mais propício nesta fase de mudanças, de acêrto de pas-

so, de fixação de rumos, de exigir dos poderes constituídos pelo povo, mais esta medida — oficialização e obrigatoriedade do sistema de residência nos hospitais brasileiros — para melhoria da assistência ao povo e aperfeiçoamento de prática médica de melhor padrão a que o povo tem direito. Mas é preciso planejar, prever, premunir e dar êste toque pessoal que nós brasileiros sabemos imprimir às nossas atividades, seja qual for o setor de ação: cultural, físico ou humano.

Num relatório recente — outubro de 1961 — Cain, Jr. e Bowen estudaram o papel dos "fellowships" na medicina acadêmica, num longo inquérito envolvendo 2305 residentes.

Em suas conclusões verificaram os AA. que 83% dos residentes demonstraram interesse em dedicar suas vidas ao ensino e à pesquisa médicas. Avalie-se a contribuição que ao evoluir dos conhecimentos médicos tal escôla representa.

Na 2a. Conferência Mundial sôbre Educação Médica, Yanushkevichius (1961) resulta que os melhores especialistas na URSS são os que tiveram 2 ou 3 anos de residência.

Na organização do programa dos residentes é preciso não fazê-los burocratas, nem ocupá-los, em demasia, com outras funções que não representem o cuidado — o aprimoramento e a humanização dêstes cuidados — que o doente merece. Payson e cols. (1961) fizeram um estudo cronometrado das atividades de dois internos num serviço universitário. E apuraram que o tempo gasto com o paciente é muito menor que o utilizado para comunicar-se com o corpo médico, especialmente em

atividades auxiliares como telefonar, escrever fórmulas e andar... Acrescente-se que há, sob a alegação do ensino ministrado, uma tendência à exploração do trabalho médico com remuneração por vezes ridícula, desconsiderando a quota significativa de atividade que o residente presta, e desconhecendo os problemas sócio-econômicos criados pelo regime inflacionário, que parece não poupar médicos e suas famílias, por desconhecê-los, lamentavelmente. A propósito escreve Grzegorzewski (1962), da World Health Organization, e autoridade em problemas de Educação Médica: "O programa de internamento e residência é um excelente método de treinamento avançado de médicos, porém deveria ser cuidadosamente organizado, para não degenerar numa fonte de trabalho de preço baixo acompanhada de uma certa depreciação econômica e social de um dos grupos mais preciosos da jovem estirpe-médica, mesmo que o presente amargo seja adoçado com a expectativa de um futuro compensador". Transponham-se estas palavras e o desestímulo, senão a impossibilidade, que as restrições econômicas da residência podem determinar em nossa área subdesenvolvida.

De modo semelhante, pronuncia-se Nunemaker (1962), do Conselho de Educação Médica e Hospitais da A.M. A.: "Dentro de futuro próximo, recomendações firmes serão feitas para compensação mais real de internos e residentes em geral, e será muito difícil para alguns hospitais universitários justificarem os estipêndios excessivamente baixos, se os níveis de salário forem elevados de modo geral".

Carl Moyer (1956), o ilustre professor de Cirurgia de St. Louis, substituto de Evarts Graham, num lúcido artigo sôbre o programa de residência, num hospital filiado à Universidade, indica as quatro finalidades de um programa adequado:

- 1.º) cuidar do doente;
- 2.º) instruir os estudantes do curso de graduação em medicina;
- 3.º) promover experiência tão vasta quanto possível nos campos gerais da medicina interna e da cirurgia, e ao mesmo tempo propiciar suficiente experiência especializada, de escôlha do residente, de tal modo que possa atender interêsses da sociedade e próprios;
- 4.º) estimular a pesquisa.

Mas, para esta coordenação e sistematização, propõe Moyer que se estructure um grupo básico, assim organizado:

Grupo básico	{	um (ou mais) membro do "Staff"
		um residente
		um residente-assistente
		um interno
		dois ou quatro estudantes.

O número de grupos básicos dependerá do número de doentes. Cada grupo pode receber uma carga máxima de 20 a 30 doentes por dia, ou 60 por mês, e carga mínima de 7 a 10 por dia e 20 por mês. Mais que o máximo, leva ao deszêlo. Menos do mínimo, à indolência. Considera ainda Moyer que são exercícios básicos de treinamento a reunião clínico-patológica (CPC), a do corpo clínico, a de patologia cirúrgica, incluindo análise dos erros de diagnóstico e terapêutica, e a revisão semanal dos protocolos.

Na 2.^a Conferência Mundial sôbre

Ensino Médico — "Medicina um estado vitalício" — Sir George Pickering (1961), em seu relatório final, resume o que deve um hospital oferecer para treinamento:

- a) corpo clínico de boa qualidade;
- b) exame *post-mortem* para que os "senior" e os "junior" aprendam a verificar os seus erros;
- c) facilidade de biblioteca;
- d) pelo menos uma discussão semanal, e preferencialmente mais;
- e) e finalmente: que o jovem médico tenha tempo para a biblioteca estudar.

E poder-se-ia acrescentar: e ser assim um médico, com uma integral visão de suas responsabilidades, ciente e consciente dos seus deveres e dos seus direitos, com a competência que só o treinamento adequado permite, e suficientemente humilde para entender, ou elevar — se a tanto fôr impeliço — aquela prece de Ebn — e Maymoun, médico persa do século XII:

"Ó Senhor, concede-me a oportunidade de aperfeiçoar e ampliar meu aprendizado desde que para o saber não há limite.

"Ajuda-me a corrigir e suprir meus defeitos educacionais, porquanto a extensão da ciência e o seu horizonte dia a dia se ampliam.

"Dá-me a coragem de perceber meus erros diários, de modo que possa amanhã ver e entender em claridade melhor o que não podia compreender à pálida luz de ontem.

"Ampara-me com um espírito de devoção e auto-sacrifício, de modo que possa tratar e curar Teus servidores e preservar a saúde no máximo de minha capacidade e conhecimento".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAIN Jr., A. S. and BOWEN, L. G. — 1961 — The role of postdoctoral fellowships in Academic Medicine — *Jour. Med. Educ.* 36:1353-1356.
- CROWE, S. J. — 1957 — HALSTED of JOHNS HOPKINS — The man and his men — Springfield, C. C. Thomas, edit.
- GRZEGORZEWSKI, E. — 1962 — World-wide needs in medical education and their fulfillment — *Jour. A.M.A.*, 180:940-943.
- HALSTED, W. S. — 1924 — The Training of the Surgeon — *Surgical Papers*. Vol. II:512-539 — Baltimore, The Johns Hopkins Press.
- MOYER, C. A. — 1961 — The Residency Program in a University-affiliated hospital — *Jour. A.M.A.*, 161:29-32.
- NUNEMAKER, J. C. — 1962 — Responsibility of the medical Schoolteaching Hospital for affiliated Intern and Residency programs in Community Hospitals — *Jour. Med. Educ.*, 37: 288-295.
- PAYSON, H. E.; GAENSLEN, Jr., E. G. and STARGARDIER, F. L. — 1961 — Time Study of an Internship on a University Medical Service — *New England J. Med.*, 264:439-443.
- PICKERING, G. — 1961 — *in* Medicine a Lifelong Study — Proceedings of the Second World conference on Medical Education — The World Medical Association, London, 1961.
- PÔRTO, J. A. — 1961 — O Hospital Moderno e o sistema de residência — *Rev. S.N.T.*, 5: 489-495.
- SALEH, J. S. — 1961 — The objectives and problems of continuing Medical Education — *in* Second World Conference on Medical Education — London, Ed. World Medical Association.
- YANUSHKEVICHUS, Z. I. — 1961 — Aims and forms of postgraduate training of doctors in the U.S.S.R. — *in* Medicine a lifelong study — Proceedings of Second World Conference on Medical Education — The World Medical Association, London, 1961.
- I Congresso da A.M.B. — 23-27 out 1956 — Ribeirão Preto, S. P. *in* *Rev. Assoc. Med. Brasil.* 2:468, 1957.
- I Conferência sobre o ensino da Clínica Médica no Brasil (Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia) — 21 a 25 fev. 1961 — pg. 42 — Fundação Gonçalo Moniz, Salvador, Bahia.
- I Debate Nacional sobre o Ensino da Cirurgia (Instituto de Cirurgia da Fac. de Medc. de Pôrto Alegre — Universidade do Rio Grande do Sul) — 22 maio 1961 — Livraria do Globo, ed. — Pôrto Alegre.

