

## Entrevista

### Dr. Marco Antonio Cianciarullo<sup>(1)</sup>

#### Como foi sua formação?

Cursei a Faculdade de Medicina de Santo Amaro (OSEC), hoje Universidade Santo Amaro (UNISA), com formação em 1990. Fiz dois anos de residência em pediatria (R1 e R2) pela prefeitura, no Hospital Carmino Caricchio (Hospital Municipal do Tatuapé) e um ano de residência com especialização em neonatologia (R3) no Hospital e Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha. A seguir, fiz dois anos de complementação especializada em berçário externo na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (UCINE) do Instituto da Criança “Prof. Pedro de Alcântara” do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). No segundo ano de complementação especializada cursei a pós-graduação e em 2000 defendi a Dissertação (de mestrado) com o título: “*Prevalência de marcadores imuno-hematológicos ao nascimento e incidência de doença hemolítica neonatal*”. Neste ínterim abriu concurso para uma vaga de neonatologista no Hospital Universitário da FMUSP, que prestei e estou há cinco anos como médico assistente da unidade neonatal. No momento, estou desenvolvendo projeto de tese de doutorado.

#### Fale-nos um pouco sobre sua formação acadêmica.

Na minha faculdade os dois primeiros anos eram destinados à cadeira básica com conteúdo praticamente teórico. A exceção era à disciplina de OAM (Organização de Assistência Médica), onde tínhamos um primeiro contato com pacientes e aprendíamos a mensurar a pressão arterial, pulso, frequência cardíaca, aplicar injeção intramuscular e endovenosa e o início a história clínica da doença, porém de maneira bem superficial. No primeiro ano as matérias básicas eram Anatomia descritiva, Histologia, Bioquímica, Introdução à Psicologia Médica, Biologia Celular, Patologia, Estudos dos Problemas Brasileiros, Epidemiologia e Estatística e no segundo ano tínhamos Anatomia Topográfica, Fisiologia Médica, Farmacologia, Psicologia Médica, Patologia, entre outras.

No terceiro ano a mais importante disciplina era a propedêutica, onde o contato com o paciente nos ensinava o exame físico e sua correlação com a doença. No segundo semestre do terceiro ano, iniciava-se a Clínica Médica com aulas de Pneumologia e Cardiologia. No quarto ano as disciplinas tinham enfoque as quatro grandes áreas: Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia e Clínica Cirúrgica. Dentro das grandes áreas havia as especialidades. Por exemplo, na Pediatria incluía a Neonatologia, na Clínica Médica, tínhamos as especialidades: Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Gastroclínica, Hematologia, Imunologia, Neurologia, Genética Médica, etc. Na Cirurgia geral incluía especialidades tais como cirurgia plástica, vascular, gastrintestinal, etc. No quinto ano era o internato. Passávamos nas quatro grandes áreas com suas especialidades e ainda na Psiquiatria e no Emílio Ribas e Medicina Legal no Instituto de Medicina Legal da USP. O sexto ano era cursado também nas quatro grandes áreas, porém no Hospital do Servidor Público Municipal. Durante a formação acadêmica, tínhamos as ligas de ensino, tais como a Liga de Puericultura, Liga da Hipertensão Arterial, Liga de Neurologia e etc., Congressos, festas, prática esportiva.

#### Qual a importância das cadeiras básicas?

São, como o próprio nome já diz, a base do ensino médico. Minha impressão no decorrer dos anos na faculdade era que o ensino tinha a base os primeiros anos com aprofundamento maior a cada ano, mas também pensava que jamais usaria aquelas informações na minha vida profissional. Ledo engano! Na neonatologia e não somente nela, muito se usa, por exemplo, o mapa metabólico aprendido (ou decorado?) na Bioquímica. A biologia molecular tem ganho espaço, como especialidade forte, pela contribuição no aspecto da mecânica fisiopatológica de muitas doenças.

<sup>(1)</sup> Mestre em pediatria Neonatal pela FMUSP. Médico Assistente da Unidade Neonatal do Hospital Universitário da FMUSP.

### Como foi a escolha da especialidade?

O início da formação acadêmica tudo é novidade. E como outros alunos não tinha idéia do que seguir. O contato com diversas especialidades e a empatia com professores da área a opção foi amadurecendo. Na residência em pediatria, o contato com subespecialidades, abriu-me as portas para a unidade emergencial, mas não a de pronto socorro e sim a de intensivista neonatal e pediátrica. A dúvida em fazer neonatologia e UTI pediátrica foi até o final do segundo ano de residência. Inclusive, fiz inscrição para o terceiro ano de residência tanto em neonatologia como UTI pediátrica. Mas, a primeira prova foi para a neonatologia no Hospital e Maternidade Vila Nova Cachoeirinha e conhecendo o serviço, por ser maternidade de alto risco, acabei optando por esta especialidade. Neste serviço aprendi muito. Tive excelentes professores que correlacionavam muito a teoria com a prática. Mostravam como a história materna pode repercutir ao nascimento e na evolução clínica dos recém-nascidos. Mas apesar do grande aprendizado no berçário anexo a Maternidade, não tinha experiência em berçários externos. Por isso, fui buscar no Instituto da Criança o complemento da minha formação.

A escolha da especialidade é difícil. Hoje é preciso conciliar sua aptidão, o exercer o que gosta com as aspirações financeiras. Nem sempre na pediatria você consegue esta conciliação. Os novos formandos querem qualidade de vida e boa remuneração. Mas para isso, é preciso muito estudo, dedicação e empenho.

### Como funciona a residência em neonatologia?

A neonatologia é uma subespecialidade da pediatria. Tem duração de um ano. A base da residência em neonatologia está em seus diversos setores:

**Centro Obstétrico:** local onde se faz a reanimação neonatal. A boa assistência neonatal na sala de parto, nos primeiros minutos de vida do recém-nascido, é fundamental, não somente para a sobrevivência como a qualidade de vida deste recém-nascido. Por isso a importância e obrigatoriedade de ter médico neonatologista na sala de parto em maternidades. É no centro obstétrico que o residente vai aprender a reanimação neonatal, a interação com os obstetras e enfermagem bem como a relação médico/mãe e agora recém-nascido.

**Unidade de terapia intensiva e semi-intensiva:** local onde ficam recepcionados os recém-nascidos com patologias de transição (adaptação ao meio externo) e também os pacientes doentes. Os residentes irão aprender a evolução destes casos. Aqui inclui os prematuros com muitíssimo baixo peso (peso inferior a 1.000 g); recém-nascidos com problemas respiratórios com necessidade de ventilação mecânica entre outras patologias.

**Unidade de Cuidados intermediários:** local onde ficam recém-nascidos com distúrbios respiratórios leves, distúrbios metabólicos (hipoglicemia, hipocalcemia,

hipomagnesemia), em tratamento para infecções, icterícias hemolíticas com necessidade de fototerapia (banho de luz), recém-nascidos provenientes da UTI e Semi-intensiva, etc. Os residentes vão aprender o manuseio destas enfermidades.

**Alojamento Conjunto:** local em que o recém-nascido fica com a mãe. Neste local, o residente o recém-nascido normal, com icterícias. Terá noções da importância do aleitamento materno, da boa pega orientando as mães quanto ao aleitamento materno.

**Banco de Leite:** local onde o leite materno de doadoras é coletado, após exames laboratoriais maternos, e pasteurizado, armazenado e estocado para os recém-nascidos com necessidade de leite materno exclusivo (principalmente prematuros extremos).

Todas as unidades estão interligadas entre si. Os residentes irão aprender o fluxograma deste o nascimento até as outras unidades.

### O que é necessário para se fazer residência em pediatria?

Prestar o concurso para a residência em pediatria. A pediatria é uma clínica médica com as particularidades do paciente pediátrico. Não basta ter dom. É necessário gostar de criança sabendo que vai lidar com crianças doentes e seus pais ou responsáveis ansiosos e preocupados. Portanto, um bom relacionamento com a criança e seus pais ou responsáveis é importante.

O gratificante na pediatria é a relação com as crianças. São sinceras. Reclamam na sua frente. Não fingem. Quando não gostam de você elas falam. Elas têm a arte de sorrir mesmo que o mundo diz não. Sua linguagem é o choro, principalmente os lactentes jovens. O médico precisa ser intérprete desta linguagem.

### O que faz um neonatologista?

O neonatologista é o médico que presta assistência ao recém-nascido. Esta assistência pode ser feita na sala de parto ao nascimento, na unidade de terapia intensiva, semi-intensiva, no berçário ou mesmo no alojamento conjunto.

Quando falo em assistência inclui a história materna, exame físico e exames complementares. Cabe ao neonatologista a orientação da amamentação, vacinação, explicar o teste do pezinho, os testes de audição e orientar o curso das patologias nos recém-nascidos doentes.

### Quais as dificuldades encontradas na sua prática?

A prática da boa medicina, em qualquer especialidade, é dificultosa quando há falta de recursos para diagnósticos mais precisos ou mesmo terapêutica.

### O que o sr. pensa a respeito da relação médico-paciente?

A relação médico-paciente é a essência do bom atendimento. Ouvir o paciente com carinho e respeito traz confiança mútua e maior proximidade e vínculo. Na neonatologia, a relação médico-paciente inclui a mãe do paciente (lactante), porém na maioria das vezes é breve, pois, em condições normais, o recém-nascido costuma ter alta hospitalar com 60 a 72 horas de vida. Mas, independente desta brevidade é importante, durante a internação do recém-nascido, sempre passar as informações e orientações de maneira coerente, transparente e simples para o seu entendimento.

#### **Quais os aspectos gerais do mercado de trabalho?**

O médico de modo geral sempre tem oportunidade de emprego. Às vezes, em locais distantes sem muitos recursos. A boa formação acadêmica, a boa residência médica e a atualização constante e permanente situam o médico no mercado de trabalho.

#### **O mercado para o neonatologista está saturado?**

Não sei precisar quanto, mas há numero razoável de neonatologistas. Volto a insistir para o bom profissional, sempre existe espaço. Algumas universidades estão englobando alguns hospitais na periferia, o que aumenta a oportunidade de atuação.

#### **O sr. Trabalha em consultório?**

Não. Mas, alguns neonatologistas fazem a assistência ao recém-nascido na maternidade e acabam os tendo como clientes no consultório.

#### **O que o sr. acha da abertura de novos cursos de medicina?**

Antes da abertura de novos cursos de medicina há necessidade de estudo sobre a carência de médicos em algumas regiões do País. Outro aspecto importante é quanto à qualidade e as condições de ensino ou o interesse é tão somente o econômico? Cursos de medicina com má

qualidade propiciam condições de trabalho frágeis levando riscos à população assistida por estes profissionais formados em escolas sem condições de ensino. Nestes termos, sou contra.

#### **Como você entende os novos preceitos éticos da prática médica, atualmente tão discutidos?**

A ética médica compreende normas legais básicas pertinentes ao bom exercício da medicina. Tanto a ética médica quanto a bioética e o direito médico vêm ganhando cada vez mais espaço no dia a dia do médico. Muitas vezes deparamos com dilemas éticos e não tínhamos uma resolução muito clara e imediata. Atualmente, nós temos um centro de Bioética do CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) que conta com site sobre o assunto facilitando e dirimindo as dúvidas.

#### **O que você acha da frase a clínica é soberana?**

Sempre falo aos meus alunos que a Natureza é sábia. O corpo fala. Ao médico resta ter e aprimorar o "feeling" e interpretar a linguagem do corpo. Por isso a clínica é soberana...

Na neonatologia, a clínica também é soberana. No entanto, muito dos recém-nascidos doentes não apresentam sinais e/ou sintomas, nem evidentes nem sutis. E, por isso, que, nestas condições quando na história materna há possibilidade de riscos para aquele recém-nascido, partimos para exames complementares. Apresento dois exemplos:

1º) Lactante com diabetes na gestação. Seu recém-nascido pode evoluir com hipoglicemia de forma assintomática. Nestes casos há necessidade e é imperativo a mensuração de glicemia através de fitas de dextrostix;

2º) Lactante com rotura prematura das membranas (Bolsa Amniótica rota > 18 horas) há risco de infecção no recém-nascido. Portanto, é importante o "screening" infeccioso para a confirmação ou não do diagnóstico de infecção neonatal.

**DESCRITORES:** Entrevistas. Currículo. Avaliação educacional. Educação médica.

**KEYWORDS:** Interviews. Curriculum. Educational measurement. Education, medical.