

UM NOVO MÉDICO PARA UM NOVO SÉCULO

Julio Feroso García
Covilhã, 26 de Novembro de 2002

A retórica habitual faz-nos, de vez em quando, vítimas da sua vingança. Em situações como a presente, obriga a retórica, em primeiro lugar, a expressar gratidão a quem idealizou a realização deste acto académico solene. Aqui me encontro de braços abertos para oferecer a esta Universidade o que me for solicitado, uma vez que me sinto restituído com a honra que hoje me é concedida. Uma Universidade jovem, inserida numa região de gentes de raça dura, indomável e tenaz, que faz das dificuldades diárias desafios a vencer; gentes orgulhosas da seu maravilhoso meio envolvente, rijas como o seu clima duro na beleza das suas paisagens, mas como a mesma neve que as protege, plenas de calor humano, de hospitalidade, e de afecto para com os que nos aproximamos dela.

Bem haja, Senhor Reitor, pela generosidade que demonstrou ao distinguir-me, como leitor, neste acto académico.

Leitor digo, no sentido de “*leitura*”, de “*acção de ler*”, e não no de quem proporciona instrução ao discípulo. A minha leitura pretende expor algumas inquietações sobre “ser médico”; sobre as mudanças ocorridas, através dos tempos, até se chegar à concepção da necessidade de um novo tipo de profissional, no momento em que abre as suas portas um novo século e, com ele, a Licenciatura de Medicina nesta Universidade. Felizmente, a marcha do tempo situou estes estudos no devido lugar, a par com outros estudos, com a sua especificidade, é certo, mas sem ser nem mais nem menos que outros estudos universitários. Mas nem sempre assim foi. Senão, vejamos:

A Faculdade de Medicina na Europa do século XVI era vista como a parente pobre, entre as Faculdades duma Universidade, que um cronista definiu como “*escassamente considerada, frequentada por académicos de pouco pelame e apodados de cristãos-novos que, com uma mentalidade prática, se ocupavam das vilezas do corpo*”. Contudo, foram os próprios humanistas os que começaram a pôr a medicina no seu devido lugar. Assim, Tomás More¹ afirma, na Utopia, que “*embora não exista país que necessite menos da medicina do que a Utopia, em nenhum outro lugar, todavia, ela é mais considerada*”.

Pretendo abordar nesta leitura a tarefa de ser médico, como fazedor de medicina: científica, mas também de profissão e de ofício, porque o médico aplica a metodologia científica; mas, para além disso, exerce uma profissão na medida em que é “*emprego ou faculdade que uma pessoa tem e exerce com direito a retribuição*”, e também porque tem no seu desenvolvimento clínico uma vertente de destreza manual que a converte em ofício. Etimologicamente, ofício é

¹ Tomás More (1478-1535). Humanista inglês.

“*officium*”, contracção de *opifcium*, derivado de *opifex*, artesão. O ofício é, de certo modo, uma profissão mecânica que envolve alguma rotina. Não constituirá ofício e um bom ofício a actividade desenvolvida pelo cirurgião que, com base na experiência e destreza, pacientemente restaura uma estrutura anatómica doente? Não será necessário haver um bom ofício para obter o resultado desejado quando se pratica uma actividade invasiva (punção, cateterismo, etc.) num paciente?

Esta análise dos três termos que encerra a nossa actividade pretende ressaltar que os três são necessários no bom médico; ainda que não tenham de estar sempre presentes em todas e cada uma das nossas actividades. Quão penoso seria ter destreza no ofício e não ser capaz de reunir as qualidades que também fazem de um indivíduo um profissional na sua actividade quotidiana... . E quão estéril será reunir ofício e rigor profissional, se essa actividade não conta com a necessária substância científica. Esta ideia foi bem sintetizada por Sydenham² ao afirmar, há já três séculos, que “*a medicina é a mais nobre das profissões, e o mais triste dos ofícios*”. Ciência, profissão e ofício, os quais devem ser adquiridos através de técnicas de aprendizagem adequadas e complexas.

Ao longo da minha leitura, farei alguns comentários baseados em factos e realidades históricos. Umhas vezes, para ressaltar os avanços alcançados através dos séculos. Outras, para constatar o pouco que avançámos, apesar do tempo decorrido. Escutem agora um comentário da última lição do reitor Unamuno³, em Setembro de 1934:

“História é tudo aquilo que ocorre à nossa volta: o motim de ontem, a colheita de hoje, a festa de amanhã. Só com o “hoje aqui” entenderéis correctamente o “ontem ali”, e não o contrário; só o presente é a chave do passado e só o imediatamente próximo o é do remoto. Aquilo que não assente de uma maneira ou de outra no presente, e dele aflore, já no seu leito de rocha sedimentado, mais não foi que aparência fugidia. É presente o esforço do passado para se tornar porvir, e o que não se incline para o amanhã, no esquecimento do ontem deve permanecer”.

O nosso protagonista agora é João Mendes Neto, português de Miranda do Douro, de nascimento e residência, descendente de judeus; tinha 22 anos quando em 1558 iniciou os estudos de Medicina em Salamanca, depois de ter abandonado os de leis:

“...tomei a decisão de passar para a medicina, visto já não me restar outro caminho a percorrer...”

Terminou os seus estudos em Salamanca, tendo sido aluno dos grandes mestres da época, como Lorenzo Alderete, que havia sido professor em Bolonha

² Thomas Sydenham (1624-1689). Médico inglês.

³ Miguel de Unamuno (1864-1936). Escritor e filósofo espanhol.

e Ferrara. Alderete também foi mestre de Amato Lusitano⁴. Precisamente João Rodrigues de Castelo Branco cita Alderete como “*Medicorum Hispaniae Principem*”. Pois bem, aquele jovem mirandês exercia uma medicina prática, algo distante dos teóricos e ineficazes remédios dos médicos mais acadêmicos. Curou de febres quartãs a Rui Gomes da Silva⁵, Duque de Pastrana, príncipe de Éboli e Secretário do rei Filipe II; mas rapidamente mudou de ares quando o príncipe Carlos⁶, ao tomar conhecimento da cura de Rui Gomes da Silva, exige furioso que aquele médico, que veio de Salamanca a Toledo, o cure também a ele. João Mendes, embora feliz pela honra que o herdeiro da coroa lhe dispensa, sente um profundo medo devido ao risco da empresa impossível; de modo que se despoja das roupas doutorais e vestido “de caminhante” abandona Toledo para embarcar, em Sevilha, rumo à ilha que é hoje República Dominicana e Haiti, e aí pratica medicina durante muitos anos, concluindo a sua imensa tarefa em Cartagena das Índias, onde redige, já em idade avançada, o manuscrito da sua vida, cheio de experiências clínicas cujo relato se encontra envolto em fantasia, uma vez que sempre lhe são favoráveis e sem atropelo algum. Uma vida que ele mesmo resume como “*cheia de êxitos em terapêutica*”. Esse manuscrito guarda, na Biblioteca da Universidade de Salamanca, o segredo de quanta realidade e quanta ficção houve na vida do nosso personagem.

E a esta história foi García Márquez⁷ buscar o personagem médico do seu romance “Do amor e outros demónios⁸” chamado Abrenúncio de Sá Pereira Cão, acerca do qual conta que “*tinha sido aluno esclarecido do licenciado João Mendes Neto, outro judeu emigrado para o Caribe, devido à perseguição em Espanha, e tinha herdado a má fama de nigromante e desbocado, mas ninguém punha em causa a sua sabedoria*”.

João Mendes Neto chegou aos estudos de Medicina do mesmo modo que há um ano chegaram os primeiros alunos a esta Faculdade de Ciências da Saúde, e que também, há cerca de dois meses, chegaram os que se encontram agora no primeiro ano. E o nosso protagonista, cristão-novo, português, ibérico, cidadão do mundo, teve de preocupar-se com as fontes de conhecimento para a sua aprendizagem, – tal como hoje os alunos de Medicina desta Universidade? Contamos ele:

Posto já neste caminho e determinado a não voltar atrás, peguei no resto dos meus livros e levei-os a casa de um livreiro e troquei-os por uns Galenos⁹ e

⁴ (NT) João Rodrigues Castelo Branco de Amato Lusitano (1511-1568). Médico judeu português perseguido pela inquisição.

⁵ (NT) Rui Gomes da Silva (1516-1573). Nobre segundogénito português, Príncipe de Éboli y Duque de Pastrana, casado com Ana de Mendoza y La Cerda, filha do Príncipe de Mélito.

⁶ (NT) Carlos I e V (1500-1558). Carlos I de Espanha de 1516-1556. Carlos V do Sacro Império Romano Germânico de 1519-1558.

⁷ (NT) Gabriel García Márquez. Colombiano. Escritor e jornalista. Prémio Nobel de Literatura em 1982.

⁸ (NT) Publicado em 1994.

⁹ (NT) Claudio Galeno (131-201). Médico grego.

Avicenas¹⁰ e pelas obras de Hipócrates¹¹, que eram os que no presente se liam e aqueles de que eu tinha conhecimento. E porque valiam muito mais os que levava de Leis, por serem muitos, disse ao livreiro que procurasse todos os livros de Medicina que tinha e que mos desse até emparelharem com os meus. E, por quanto eu não os conhecia nem sabia os que devia levar nem o que valiam, mandei chamar um estudante de medicina que vivia ali perto, para que o livreiro não me enganasse, e este escolheu os que mais se usavam e alegavam. E foi por milagre de Deus que, de entre os que deixava como inúteis, peguei num, assim a tento, sem o escolher nem conhecer, e disse:

- Levemos também este. E disse o estudante: Não deve valer grande coisa, que é prático, e diz o título que é empírico.

MEDICINA. DOENÇA. DOENTE.

Farei agora algumas aproximações conceptuais aos termos “medicina”, “doença” e “doente”, para me referir sobretudo a um “modo de fazer em clínica”, que corresponde a uma actividade que tem de ter presente o “homem doente”, considerado como um todo; que estabelece que adoecer não é só consequência de um aparelho ou sistema e sim de uma “pessoa dolente” que se dirige ao médico na esperança de cura ou, pelo menos, de alívio.

A palavra “medicina” chega-nos do latim, “*medere*”, (curar) como “o conjunto de condutas de um homem que tem a intenção de ajudar outro homem a recuperar a sua saúde ou, pelo menos, a diminuir os seus males”, para adicionar seguidamente esse outro conceito actual, que é o da conservação e incremento da saúde. Deste modo, a Medicina ocupa-se do homem doente e também do homem são; baseando-se em meios científicos cumulativos no transcurso da história e também noutros não científicos, uma vez que não é necessário que as soluções da Medicina tenham de ser sempre científicas.

Ciência, profissão e ofício fundem-se na nossa tarefa. Mas nem sempre assim foi. Tomemos outra ocorrência de João Mendes em que relata a doença do seu pai, que viaja desde Miranda de Douro até Salamanca, porque aí estuda o seu filho os ofícios da medicina:

“...grave e repentina hidropisia que lhe sucedeu e lhe fez beber muita água em certas quanturas que havia tido. E como tinha já setenta e três anos se bem que tão robusto e bem constituído que corria como um cavalo, com as sangrias que lhe fizeram e a muita água que bebia, se lhe resfriou o fígado. De tal maneira que acordou um dia todo inchado dos pés à cabeça, cara e mãos e a bolsa dos testículos como uma botija de meia arroba...”

¹⁰ (NT) Ibn Siná Avicena (980-1037). Médico e filósofo iraniano, cognominado o “Príncipe dos Médicos”.

¹¹ (NT) Hipócrates (460-377 a.C.). Médico grego. A sua ética médica está resumida no juramento que prestam ainda hoje os médicos quando se formam.

Depois de ter conseguido que dois dos seus mestres visitassem o doente, não satisfeito com os escassos resultados que conseguiram com os seus remédios, o estudante de medicina pesquisa na sua escassa livraria. E foi precisamente naquele texto que o companheiro de estudos lhe havia desaconselhado – por ser prático e empírico –, que encontrou o remédio adequado para a hidropisia, um complexo remédio no que diz respeito à sua elaboração *“segundo a arte”*, que integrava porções medidas de aipo, funcho, água de anis, passas de uvas, ruibarbo, gengibre, alcaparras e açúcar. Isso sim, debate-se entre o seu amor filial e a enérgica decisão dos mestres de restringir a água, para não agravar a hidropisia do paciente. E o nosso inseguro aluno aguça o seu engenho e ganha segurança – ou talvez fosse ousadia inconsciente do ignorante? Oferece ao seu pai toda a água fresca que queira, e este duvida, mas confia no seu filho e bebe, ao mesmo tempo que diz: *“filho, mesmo que depois morra, perdoo-te, porque estou a morrer de sede”*. E bebe até à saciedade. E seguidamente João diz-lhe: *“pai, beba até acabar este segundo jarro”*. *“Agora já estou reventado, vou morrer”*. E o aluno de medicina ordena com autoridade: *“pai meta os dedos e vomite agora a água toda”*... O doente começou a deitar um jorro, com tanto ímpeto como se caísse de uma alta penha...”. E comprovou João Mendes que era maior o volume de líquido expulso com o vômito, do que a água recém ingerida. E considerou doutrina, desde aquela experiência, que para aliviar o excesso de líquidos no organismo havia que dar líquidos em abundância, mas procurando que, de imediato, fossem expulsos, para que ao ser expulsos atraíssem os maus líquidos retidos. O doente curou-se e o nosso protagonista sentiu-se feliz. E considerou que já era útil. Escassa ciência havia no relato que escutaram, mas, sem dúvida, muita observação, e, por isso, indícios de futuro bom ofício do nosso protagonista.

No século XVI, a prática da medicina era ofício de artesãos, de conteúdo científico escasso ou nulo, como já referi, mas com um profundo sentido religioso. O médico era um mero instrumento de um poder sobre-humano. Tal é claramente dito por João Mendes a Rui Gomes de Silva, Duque de Pastrana e príncipe de Éboli quando este lhe diz que tem notícias de que lhe pode curar as suas febres quartãs. João Mendes replica: *“Não senhor, é Deus que as cura, eu não faço mais que saná-las”*.

É apaixonante analisar como evoluiu, ao longo da história, a própria concepção da doença, a partir de três grandes interpretações: a partir de uma visão etiológica ou causal, que interpreta a doença como um ente autónomo, externo a quem a padece e sobre o qual interfere como agente nocivo; a partir de uma visão expressiva e objectiva da doença, quando se destacam as suas manifestações de sintomas ou sinais, ou como lesão anatómica; e, por fim, a partir de uma visão antropológica e social, que surge ao pôr a tónica sobre o factor “homem”, considerando a dorlência num homem concreto, ser dolente que transita pela vida como o *“homo viator”*, referido pelo filósofo Zubiri.

Às vezes, parece que carecemos de palavras para expressar as variáveis e os matizes tão complexos do adoecer humano. Nogueira da Costa sublinhou que *“A doença, conceito esquemático e abstracto, indispensável aliás para a linguagem*

médica, opõe-se em certos aspectos à doença do indivíduo, isto é, ao sofrimento e às modificações pessoais e ambientais inerentes. Assim, o indivíduo pode estar doente sem doença ou ter doença sem estar doente, o que se exprimiria melhor se tivéssemos dois vocábulos diferentes para doença objectiva e doença subjectiva. O médico tem sempre de considerar as duas”.

A visão integradora e antropológica da medicina é a única que responde a um humanismo verdadeiro, que contempla o adoecer a partir de uma componente objectiva ou ôntica e uma componente subjectiva ou prática que acarreta sofrimento; vulnerabilidade ou acesso à destruição, solidão como o estado mais cruamente antropobiográfico, no sentido Heideggeriano.

Por isso, o estudo do homem doente não pode estar contido só nos livros; porque se concretiza num “acto de intimidade” entre paciente e médico. Embora lamentavelmente, nas sociedades “civilizadas” que conhecemos, o homem, perdido na multidão, possa chegar a ter a consideração social de “massa” ou “comunidade”, despersonalizando-se e desumanizando-se até falsear a própria concepção de doença, quando a medicina se transforma numa indústria da saúde e dela se ocupam empresas estatais ou privadas.

Desde a segunda metade do século XX, assiste-se a uma explosão tecnológica universal que conduz a um melhor conhecimento da doença; à descoberta de numerosos processos patológicos; à localização da patologia nas mais ínfimas e complexas estruturas. Assiste-se, enfim, à facilitação do diagnóstico e à melhoria da prevenção e do tratamento. Essas técnicas para o conhecimento do adoecer e para o seu tratamento progrediram de maneira inimaginável, há somente um quarto de século. Nunca antes o ritmo das mudanças nos conhecimentos médicos havia sido tão trepidante, e apenas estamos a assistir ao começo dos prometedores resultados que se conseguirão com a nova medicina que nos começa a oferecer a Biologia Molecular, que está a ter a sua autêntica eclosão com a Engenharia Genética.

Assistimos a um formidável desenvolvimento da Medicina instrumental, que torna possíveis técnicas que não se adivinhavam há poucas décadas. E isto leva a uma "consciência de ilimitação das possibilidades da técnica" por parte do doente e dos que o rodeiam, que exigirão ao médico os últimos avanços, com uma certa convicção de que a cura é sempre possível. Ainda assim, a medicina continua a assistir hoje a um contínuo debate sobre os sistemas de cuidados de saúde, ao mesmo tempo que continua a estar mais orientada para o tratamento da doença do que para a promoção da saúde e do bem-estar. Conseguimos aumentar a esperança de vida, mas o repto continua a ser dar saúde aos anos e dar vida aos anos.

E por isso, tem também grande relevância o carácter social da Medicina actual. Neste âmbito poder-se-iam perfilar, por sua vez, três realidades, tais como: o direito a assistência médica, o trabalho médico em equipa, e a influência dos meios de comunicação social. A nossa sociedade considera hoje inquestionável o

direito que tem todo o cidadão a que o Estado lhe garanta os meios necessários para manter e recuperar a saúde; e um conceito mal interpretado do “direito à saúde”, poderia levar a que o doente visse no médico um burocrata, relativamente ao qual só tem direitos. Às inegáveis vantagens de carácter científico da medicina praticada em equipa podem contrapor-se uma possível despersonalização e desmotivação, as quais, se não forem evitadas, podem ser altamente perigosas se se perde a imprescindível relação interpessoal médico-doente, base do acto médico. Relativamente à influência dos meios de comunicação, dificilmente se podia suspeitar, há apenas vinte anos atrás, o grau de divulgação que alcançou a medicina na nossa *"sociedade da informação e da comunicação"*. Outras grandes mudanças na Medicina actual são o desenvolvimento da Medicina Preventiva e da Saúde das populações, juntamente com a preocupação pela patologia ambiental, em grande parte motivada pelo tipo actual de civilização, da qual às vezes até parece que temos de nos proteger.

Mas é preciso também salientar outras tarefas actuais próprias do médico, na qualidade de membro de uma equipa de saúde, tais como a promoção da saúde, a prevenção das doenças ou a investigação como dedicação. No que se refere ao papel de manutenção e promoção da saúde, o imortal Cervantes deixou-o bem plasmado numa cena deliciosa do Capítulo XLVII de *“El Quijote”*, como uma caricatura desta função. Quando Sancho se instala como Governador no maravilhoso Palácio da Ínsula, faz frente a uma sumptuosa mesa repleta dos mais deliciosos manjares. Mas, lamentavelmente para ele, encontra-se ali alguém que vigia a cena gastronómica e que, com gestos rápidos, ordena aos servidores a imediata retirada dos pratos rotundos que o Governador pretende. Esse personagem é Pedro Recio, o seu médico, que se apresenta a Sancho recordando-lhe qual é a sua missão:

“...acertar a curá-lo quando cair doente, e o principal que faço é assistir às suas refeições e deixá-lo comer do que me parece que lhe convém, e a tirar-lhe o que imagino que lhe fará mal e que seja nocivo ao estômago, e assim mandei retirar o prato da fruta por ser demasiado húmida...”.

E Sancho não aceita os conselhos do seu médico e recrimina-o dizendo:

“ Pois senhor doutor Pedro Recio (...) saia-me já da frente, senão, juro, que tomo um barrote, e que a golpes de barrote não há-de ficar nenhum médico em toda a Ínsula, menos aqueles que eu entenda que são ignorantes, que aos médicos sábios, prudentes e discretos, os porei sobre a minha cabeça, e honrá-los-ei como a pessoas divinas... e dê-me de comer, ou então saiba, para seu governo, que ofício que não dá de comer ao seu dono, não vale nada...”.

Não poderia deixar de evocar agora aqui o autêntico pilar da dedicação profissional do médico. Refiro-me aos cuidados primários de saúde, como um amplo conjunto de actividades que vão muito para além da mera assistência ao doente. É o médico de clínica geral que deve estar integrado nesse nível, não em solidão e abandono, mas sim formando parte de uma equipa de profissionais de

saúde e sociais; que conhece a realidade de cada família e que constitui o ponto de ligação entre a família, o indivíduo e o contexto global do meio envolvente mais próximo. E tudo isto com base na evidência de que essa assistência de nível primário deve exercer-se também com elevada eficácia fora do âmbito hospitalar; eficácia que deve aliviar também os nossos hospitais de patologias banais. Alguém tem de convencer a nossa sociedade, deslumbrada pelos progressos técnicos, de que mais de noventa por cento das dores de cabeça se diagnosticam e tratam de modo correcto sem necessitar nada mais que uma história clínica bem feita. E alguém deve dizer ao fervoroso consumista que é o cidadão de hoje, que a ressonância magnética ou o *scanner* não devem nem podem estar à disposição de qualquer dorlência leve, porque não é necessário; mas sim estar à disposição daqueles casos bem orientados com base num ponto de ligação ordenado entre os protagonistas dos cuidados primários e as equipas de assistência hospitalar.

A investigação é outra vertente profissional do médico, na medida em que é afã de conhecer; investigação como "escola de moralidade", pois exige a aquisição de hábitos, tais como: a honestidade intelectual ou o culto da verdade; o amor à objectividade, e a verificação contínua, e o desprezo pela mentira; assim como a independência de juízo para procurar provas.

A investigação hoje já não é apenas uma actividade altruísta, é uma actividade dirigida a ampliar o conhecimento do universo pelo homem, em benefício de todos. Os cidadãos, os grupos de poder social e os Governos estão cada vez mais conscientes de que o desenvolvimento tecnológico, derivado da investigação, proporciona benefícios directos de carácter económico e social; e, entre eles, melhoras nos cuidados médicos e na saúde.

Esta é a orientação da investigação actual no campo da nossa ciência, ciência que, por exemplo, aposta em desentranhar as profundidades da genética e da biotecnologia. Mas essa realidade tem de conviver com o que é essencial ao investigador: o conhecimento pelo conhecimento. E nesse sentido, a Universidade não pode deixar de ser um fórum de debate baseado na tolerância, onde se discute tudo e tudo se investiga, até os saberes inúteis, fazendo permanente o grito pela liberdade ilimitada da investigação, que nos permite ainda hoje justificar aquele brinde de Hardy, em Cambridge, quando levantando o seu copo proclamou: "*Pela matemática pura, para que não encontre aplicação*".

OS DESAFIOS DO NOVO SÉCULO

Com base no comentado, pareceria quase impossível a difícil tarefa de formação de um profissional adequado a reptos tão complexos: humanista no seu modo de pensar, cientista na sua maneira de raciocinar, artesão e eficaz na sua intervenção junto do doente, conhecedor das novas técnicas e preparado para as mais vertiginosas mudanças no progresso do saber, apto para o trabalho em equipa, cidadão do mundo e amante da sua cultura e tradição, mas receptivo às novas realidades inter-raciais e interculturais e, sobretudo, disposto a não dar nunca por concluído o seu período de formação, sob o lema de "aprender ao longo de toda a vida".

O nosso novo médico tem de formar-se para uma nova sociedade, a do século que acaba de começar. Uma sociedade que, provavelmente, estará submetida a constantes mudanças turbulentas, que serão mais estáveis que a própria estabilidade; uma sociedade em que a permanente formação tem de ajudar-nos de maneira permanente, ao longo de toda a vida, a mudar mais de uma vez não já de trabalho, mas inclusivamente de profissão e até de lugar de vida. Este século será presidido por uma complexidade crescente à qual teremos de fazer frente com base em atitudes generalistas e de transdisciplinariedade, de maneira que possamos ver o bosque sem perder-nos no estudo de cada uma das suas árvores. O tempo será cada vez mais escasso na nova sociedade e teremos de nos preparar para viver em permanente vertigem, para dar respostas no curto prazo. A globalização é outra constante que já chegou; de tal modo que o que sucede no nosso meio envolvente mais próximo é de importância crescente para países e gentes diferentes e distantes, e vice-versa. Estamos numa época de incerteza, em que a expansão da multinacional acabará por determinar se continuamos no equilíbrio instável de todo o século XX ou se entramos na definição de se os estados terão ou não futuro. A nossa soberania como nação será cada vez mais partilhada ou, sem eufemismo, cada vez menor; e deveremos trabalhar para enriquecer a nossa cultura, mas abertos a deixar-nos enriquecer por outras culturas, línguas e costumes.

A nova sociedade será baseada no conhecimento. A “mão-de-obra” da revolução industrial foi trocada pela “cabeça-de-obra”. A geração de conhecimento, a investigação, a inovação e os desenvolvimentos científico e tecnológico constituirão uma peça chave para determinar a nossa posição como pessoas, organizações e países. O novo século deverá ocupar-se ainda do ambiente, que progressivamente deteriora a própria actividade humana.

A continuarmos neste caminho, como sublinha Alonso (analista mexicano, director da revista “Este País”) caminhamos para crescentes diferenças económicas, em que a livre concorrência entre desiguais propicia uma maior concentração da riqueza. O acesso diferenciado à informação e à educação de qualidade está a contribuir para que assim seja. E em consequência disto, o século XXI será talvez o século dos grandes conflitos culturais, em que o espaço judaico-cristão que predomina no ocidente mais desenvolvido passará a ser minoritário; ao passo que muçulmanos e budistas serão mais numerosos. A partição religiosa do mundo poderá também acompanhar a ruptura económica e de bem-estar; com o risco de que as próximas confrontações – e não só por via terrorismo sem fronteiras – derivem de diferentes cosmovisões.

Os conflitos culturais podem aumentar ainda em consequência das migrações maciças de carácter económico mas provocadas também por conflitos bélicos, de intolerância racial e de desastres naturais.

CENÁRIOS E MÉTODOS PARA A FORMAÇÃO

Será possível ajudar os nossos jovens futuros médicos a preparar-se convenientemente para cenários tão vastos? O repto é difícil, e só uma simples recomendação me parece clara: não insistamos tanto em “ensinar os nossos alunos”; deixemos antes de mais que eles “aprendam”; tornemo-lhes mais fácil o longo caminho; pelo menos, fujamos a gastar-lhes todas as manhãs de todas as semanas dos longos seis anos de Faculdade fazendo deles elementos passivos de uma falsa aprendizagem, votada ao esquecimento e à ineficácia, enquanto copiam notas nas aulas magistrais acerca de saberes teóricos que se foram acumulando ao longo do tempo, cuja aplicação é escassa ou nula.

Mas de modo mais concreto, mais próximo: da Faculdade terão de sair somente jovens licenciados bem treinados na aplicação do método científico, com formação generalista e, por isso, preparados para o acesso posterior à especialização médica, à investigação científica, à docência ou à gestão de sistemas de saúde.

Apresso-me a sublinhar que a tarefa de formar os futuros médicos deve ser uma responsabilidade partilhada pelos sectores educativo e de saúde. Dito de outro modo, a responsabilidade de formar médicos competentes não pode recair apenas na Universidade, e deve fazer-se com o concurso e a corresponsabilidade dos sectores que gerem as políticas de saúde. E deve fazer-se contando, para isso, com a disponibilidade de todo o sector, tanto na sua vertente extra hospitalar como hospitalar.

É necessário transmitir aos alunos noções conceptuais e princípios, limitando a informação factual excessiva, detalhada e dispersa. Além disso é imprescindível estimular hábitos de auto-aprendizagem através do trabalho pessoal, porque o aluno vem para a Faculdade para aprender, mais do que para ser passivamente ensinado. E, sobretudo, necessitamos favorecer a análise crítica das próprias carências de conhecimento, assim como a aquisição de hábitos profissionais e de atitudes éticas adequadas.

No século XVI, havia, nas Universidades europeias, dois diplomas em Medicina: o bacharel e o licenciado. O grau de bacharel era obtido após quatro anos de Faculdade e abria as portas ao exercício profissional; se bem que depois de um período de formação adicional. Por isso, os Estatutos da Universidade de Salamanca, de 1538, rezavam assim:

“... E não lhes dará carta de bacharel em medicina antes de terem praticado dois anos depois do grau, para além dos que praticaram sendo ouvintes; o qual terá de constar por informação ou testemunho perante o reitor da universidade”.

O grau de Licenciado significava “licença” para ensinar publicamente (*licentia docendi*), requisito indispensável para o exercício docente.

O cenário em que hoje se deve formar um estudante de Medicina também não é único. O cenário da aprendizagem é a Faculdade, mas também o é a busca pessoal de informação científica e o Hospital e devem sê-lo também os pontos de assistência extra hospitalar. E sempre o será o próprio afã do estudante. Este deve ser o cenário da sua formação, não em abstracto, mas sim no seu sentido de aplicação à prática.

A organização temporal dos seis anos da licenciatura deverá basear-se mais na aprendizagem dos estudantes e na participação efectiva nas actividades práticas do que na mera transmissão de conhecimentos. Como o tempo é escasso, a nossa proposta de actuação docente consiste em estimular o aluno na necessidade de uma aprendizagem activa, com os seus tutores médicos e junto do doente. O aluno deverá igualmente saber procurar a informação de que precisa, facultada pelo próprio professor e também por um inumerável conjunto de dados, que sempre encontrará se emprega os meios que a actual sociedade de informação lhe disponibiliza, por exemplo, no monitor do computador, instrumento do século XXI, tal como a pena o foi no século XVI.

As Tecnologias da Informação e da Comunicação deverão ser um meio, nunca um fim; instrumentos que serão os que há de empregar depois o médico, durante a sua vida profissional.

Como consequência imediata do anterior, deve ser reorientado o papel do professor, que deverá incidir na permanente tutela e seguimento da aprendizagem do aluno, preparando os conteúdos de conhecimento mais adequados, dirigindo trabalhos activos em pequenos grupos, e restringindo ao máximo o número de horas da lição conhecida coloquialmente como o que nem sempre é: "magistral". Este papel, convém dizê-lo, pressupõe mais trabalho e precisa de muito mais dedicação do que a habitualmente conferida à preparação das lições teóricas e à sua transmissão, na aula, ao conjunto do grupo de estudantes.

Neste vai e vem da história, convido-os agora a acompanhar-me à Faculdade de Medicina que existiu em Salamanca, há quatrocentos anos atrás. A meta que a Universidade se propunha era "a busca da verdade". Para isso, ainda no século XVI, utilizavam os sistemas docentes medievais que se condensavam em "*Legere, repetere et disputare*"; ou seja, ler, repetir e discutir, e que tinha dado lugar a três métodos didácticos muito difundidos que eram: a *lecção*, a *relecção* ou repetição e as disputas.

A lição, ou leitura, consistia na exposição ou comentário analítico de um texto para tentar compreender o seu significado. As leituras ou lições podiam ser ordinárias, que eram as lições denominadas magistrais, dadas pelos senhores catedráticos, e as extraordinárias, que eram levadas a cabo por bacharéis como método de ensaio para futuras docências e versavam sobre partes menos importantes. Assim pois, os catedráticos tinham de ler – aquilo que hoje se entende por explicar. O ano académico começava a 18 de Outubro, dia de São

Lucas, e terminava a 8 de Setembro, ficando somente um mês e dez dias de férias.

Os Estatutos da Universidade de Salamanca de 1561 pretenderam por cobro aos prejuízos que o costume do ditado tinha para a aprendizagem dos estudantes e estabelecem que os leitores não podiam ler *“por cartapácio, nem caderno, nem papel algum, nem ditando”*. Com efeito, o catedrático que havia começado na época medieval com as leituras (ou lições), tinha acabado por ditar enquanto lia, ou seja *“quando repetem cada palavra ou parte da conclusão por si sem dizê-la na totalidade, ou a repete na totalidade muitas vezes, ou tão devagar, que vão aguardando os ouvintes que a escrevem”*, tal como rezavam os citados estatutos. A norma universitária proíbe os ditados, excepto no último quarto de hora da lição, para facilitar o resumo ou extracto do conteúdo global. E estabelece sanções para os professores que não respeitem a referida norma. Os Estatutos apresentam a curiosidade de obrigar os estudantes que tivessem criados para levar os livros para as aulas para ouvir as lições por eles, multando-os no caso de o não fazerem.

Estas reformas são mal recebidas na Universidade; a tal ponto de o próprio rei enviar a Salamanca vários visitantes. Um deles, chamado Simancas, escreveu no seu relatório o seguinte: *“... Encontrei-me numa lição e vi que repetiam cinco e seis vezes cada palavra das que diziam para que as escrevessem os estudantes, porque os que eram lentos, davam ao tinteiro muitas vezes, e dizia o leitor: seeenhoorees, digo seeenhoorees, repetindo até ver que já não davam ao tinteiro”*. E às queixas dos catedráticos respondia a coroa que eram desculpas *“... para poupar trabalho lendo por cartapácio, sem mais estudar nem raciocinar; que as cátedras não se fizeram para dar de comer a sessenta homens folgando, mas que lhes davam aqueles estipêndios para utilidade de todo o reino trabalhando”*.

Em 1568, o conselho do rei recorda que *“não ditem nas lições pelos danos e inconvenientes que daí resultam / no tempo que nisto se gasta porque os ouvintes são menos aproveitados de o que seria razoável preocupando-se mais com estar bem escrito / o que se dita que da inteligência dos textos e glosas que se lhes lêem e que é o principal que se deve atender”*.

Termino já. Viram, ao longo dos meus comentários, como algumas incursões na história nos apresentaram importantes mudanças em termos de desenvolvimento social e científico. Mas também nos precatámos de quão difícil é remover alguns modos de fazer, que mais parecem ter sido talhados em pedra, do que susceptíveis de ser moldados. Faço votos de que esta Universidade e a sua nova Faculdade de Ciências da Saúde saibam reter do passado o que deve permanecer, mas sejam ousadas para desempoar tudo o que é desnecessário e prejudicial, para que quando passem os anos – e os séculos – sejam apenas história os velhos métodos de *“só ensinar mesmo que ninguém aprenda”*. Neste caminho encontra-se a Universidade da Beira Interior, desenvolvendo projectos voltados para o futuro do novo século.

Devemos escolher entre o passado e o futuro. Para ter um futuro a alcançar é preciso primeiro planeá-lo, torná-lo explícito. Não ter projecto é carecer de rumo e o futuro pertencerá a outros, enquanto nós ficamos com o acaso e com o que outros decidam para nós. O nosso inimigo será apenas a nossa incapacidade de programar projectos claros para esse futuro que já está aqui. Os nossos inimigos já não são os romanos; já não é necessário fazer como antes fizeram os lusitanos: escolher Viriato, caçador e pastor dos Montes Hermínios, hoje Serra da Estrela, como seu líder para lutar. Todos devemos ser Viriatos para construir o amanhã.

A todos, muito obrigado pela atenção.