

O DISCURSO DA MEDICINA MUDOU?

JAIME CELESTINO DA COSTA

RESUMO

Na ocasião duma *Exposição Histórica Médico-Cirúrgica* o A. resume os vários *Discursos* da história da Medicina ou seja, sucessivamente, a concepção humanística inicial na qual o homem doente era objecto de caridade e misericórdia; a esta fase seguiu-se a da concepção biológica ou científica do ser humano e, finalmente, a fase actual em que o homem é um objecto de análise cada vez mais aprofundada, mas desumanizada e despersonalizada. Mas o avanço científico-tecnológico da medicina individual contrasta com a incapacidade da ciência médica em resolver os maiores problemas sociais do nosso tempo (Sida, droga) e em organizar-se no seio das guerras loco-regionais (Jugoslávia, África) Neste quadro geral o fenómeno médico português é analisado em alguns dos seus aspectos.

SUMMARY

Has Medical Discourse changed?

On occasion of a *Historic Medico-Surgical Exhibition*. The A. analyses the evolution of Medical discourse: in the early phases considering the patient as an object of charity (humanistic concept); later as a biological subject (scientific concept) and, finally, in our days, as an object of analysis (technological concept forgetting the human being and his personality). The big scientific-technological advance in individual medicine contrasts, nevertheless, with its incapacity to solve the major social problems of our time (AIDS, drugs) and to maintain a reliable organization in regional wars (Yugoslavia, Africa). Keeping this background in mind, the A. comments on the evolution of Portuguese medicine and some of its traits.

Esta bela exposição, implantada como está num sítio histórico de supremo significado para a vocação marítima do povo português, faz-nos voltar às origens da medicina lusitana. Conexão histórica que é de interesse desenvolver e está ligada ao génio criador dum Rei.

A Torre, imaginada como Baluarte ou fortaleza por D. João II, tinha uma finalidade que transcendia a da simples concepção arquitectónica: a defesa do Tejo, em associação com as fortalezas da Trafaria e de Cascais. Construída já no reinado de D. Manuel (de 1514 a 1519) a sua história tem tido interpretações controversas. Não tenho competência para as discutir.

Mas é particularmente significativo - sobretudo na ocasião duma *exposição médico-cirúrgica* - que tenha sido um médico - Reynaldo dos Santos - quem num dos seus primeiros trabalhos de História de Arte (1922) intitulado *A Torre de Belém - Estudo Histórico e Arqueológico* mais originalmente tenha definido o monumento. Concluía assim:

Por isso, livre de qualquer influência espanhola, francesa ou italiana, sem qualquer plateresco ou naturalismo,

construída por um português (Francisco Arruda) a Torre de Belém é o símbolo por excelência da glória e da arte manuelinas, porque reflecte as duas correntes que dominaram o seu tempo - a força da tradição e o sonho da expansão. E é neste sentido rigorosamente preciso da sua génese artística, que o Baluarte do Restelo pode ser considerado como o monumento que melhor simboliza Portugal e os Algarves — daquem e dalém mar.

Mas o Rei que imaginou a expansão marítima quis também reformar outro aspecto fundamental da vida nacional: a saúde do povo.

A construção do Hospital de Todos os Santos (de 1492 a 1515) a construção do Hospital das Caldas (1495) e a criação das Misericórdias de Lisboa (1499) Porto (1499) e Coimbra (1500) (para sempre ligados à influência da Rainha D. Leonor) processaram-se, como se pode ver, contemporaneamente com a construção da Torre.

O grande Hospital de Lisboa, concebido com grandeza arquitectónica, tinha como desígnio transformar e estruturar o exercício da medicina e a assistência aos doentes. Mas nasceu numa época de medicina de concepção puramente caritativa, de métodos artesanais, como era a prática cirúrgica desse tempo. Esta foi o fulcro da sua acção e a sua principal característica.

*Discurso proferido na Inauguração da Exposição Histórica Médico Cirúrgica na Torre de Belém em 11 de Março de 1993

É necessário atender à época. Os dois inovadores da Anatomia Humana, tal como ainda hoje a vemos, só em 1513 (Leonardo da Vinci) e em 1543 (Vesálio) publicaram as suas obras. Foi muito mais tarde (1628) que Harvey descreveu a circulação do sangue. Isto nos dá uma ideia clara da pobreza de conhecimentos médicos do tempo que viu surgir e desenvolver-se o Hospital de Todos os Santos. Situação agravada pelo proverbial atraso da nossa informação. O que se ensinava então em cirurgia datava de dois séculos atrás: *La Grande Chirurgie* de Guy de Chauliac (que vivera de 1300 a 1368). Era cedo para o génio de Ambroise Paré ser conhecido (1510-1590).

Só no século XVIII surgiram no nosso hospital os primeiros mestres de Anatomia, todos estrangeiros, aos quais sucedeu, em 1764, Manoel Constâncio (1726-1817), o grande reformador da medicina portuguesa. Mas com o incêndio em 1750 e o terramoto de 1755, o grande Hospital de Lisboa tinha acabado como estrutura e era substituído pelo Hospital Real de S. José.

Apesar da importância assistencial e da inovação que a sua construção representou, temos de concluir que a fama do Hospital do Rossio (difundida pelos estrangeiros que visitavam a capital) ficou mais ligada à dimensão e beleza da arquitectura do que, propriamente, ao nível da sua medicina ou à originalidade ou modernidade da sua acção.

Como o respeitado historiador médico Silva Carvalho nos deixou escrito, os médicos notáveis que, inconformados ou perseguidos, saíram do País e se tornaram conhecidos além fronteiras, como Garcia d'Orta, Amatus Lusitanus, Rodrigo de Castro, Ribeiro Sanches, Jacob de Castro Sarmiento, nunca se referiram nos seus escritos ao Hospital de Todos os Santos, como se nunca tivessem tido notícia da sua existência e do seu valor.

Pode assim afirmar-se que as duas inovações que devemos à extraordinária clarividência de D. João II tiveram um destino desigual: as navegações, os descobrimentos - aqui evocados por este monumento ímpar - tiveram uma expansão ultramarina e uma projecção mundiais. Mantêm-se vivos cinco séculos passados. A contemporânea medicina portuguesa, confinada como ficou a uma prática sem originalidade e a um ensino elementar, não teve repercussão nem impacto no continente. Manteve o nosso isolamento cultural em relação à Europa. Nem sequer conservou o monumento chave da sua acção.

Antinomia que caracterizou o curso da nossa História

Foi a fase do velho discurso da medicina, duma medicina que conhecia então apenas a vertente humanística e caritativa, salpicada de algumas mezinhas. O seu espírito está definido, duma forma paradigmática, na **parábola do Bom Samaritano** do Evangelho segundo São Lucas:

Um homem que descia de Jerusalém para Jericó foi atacado por um grupo de malfeteiros que o roubaram e espancaram, deixando-o meio morto. Tanto um padre como um levita que passaram, atravessaram a rua e ignoraram o ferido. Mas um samaritano, de viagem, chegou perto dele e, ao vê-lo, encheu-se de compaixão. Tratou as feridas com azeite e vinho, ligou-o e transportou-o na sua montada, conduzindo-o à estalagem, onde lhe dispensou ainda cuidados. No dia seguinte deu duas moedas ao estalajadeiro dizendo-lhe: toma conta dele e o que gastares mais será pago por mim no meu regresso.

Esta atitude em relação ao próximo definia a medicina original, na qual o homem (o indivíduo) doente era um **objecto de caridade ou de misericórdia** e a conduta dos médicos era regrada pelos princípios éticos da medicina hipocrática.

Foi necessário chegar-se à segunda metade do século XIX para se verificar uma transformação decisiva no conceito de medicina, alterando-lhe o seu discurso: à **vertente humanística ia agora acrescentar-se uma vertente científica**.

Foram múltiplas as transformações

A anatomia macroscópica evoluiu para microscópica, permitindo uma análise infinitamente mais completa das estruturas; passaram a ver-se tecidos, células e até bactérias.

Por outro lado, os líquidos e tecidos orgânicos foram sujeitos a uma análise química, ou seja, nasceu a bioquímica.

Com o advento dos R.X. (que vão fazer um século em 1995) tornou-se possível observar o interior do organismo, com os tegumentos intactos, evitando o recurso à dissecação anatómica.

Nascia, desta forma, uma nova concepção do homem - dum **homem biológico** - que se contrapunha à anterior concepção do homem como ser humano (passe o paradoxo).

Era a aparição daquilo que passou a chamar-se ciências básicas, laboratoriais ou fundamentais, rigorosas e analíticas, multidisciplinares, as quais na sua essência e conceito se contrapunham à filosofia da prática clínica, até aí designada como **arte médica**, de visão unitária e humanística.

Esta evolução estabeleceu assim uma **dicotomia**, que o tempo não fez senão acentuar, entre clínicos e biólogos:

As ciências básicas desenvolvendo-se em laboratórios ligados à investigação dos fundamentos científicos da medicina, mas mais ou menos desligados da clínica. Esta, na sua prática diária, sujeita à responsabilidade profissional, procurava também aplicar novos conhecimentos ao estudo dos doentes, com metodologia rigorosa, conduzindo a dados quantificáveis. Nesta ordem de ideias, tanto o laboratório como a clínica necessitaram de instituir programas de investigação e de reforma dos métodos de ensino.

São exemplos desta viragem científica da transição do século, o *Institut Pasteur* de Paris (1886), que consagrava a bacteriologia, a *John's Hopkins* de Baltimore, berço da medicina científica americana, o *Laboratório de Investigação Biológica* de Cajal (1901) na sequência do primeiro Prémio Nobel atribuído à medicina espanhola, o *Rockefeller Institut* de Nova York (1904), exemplo típico de instituto de investigação, e a *Kaiser Wilhelm Gesellschaft* de Berlim (1911), que seguia a concepção humboldtiana de tornar a investigação mais independente do ensino.

Portugal, nessa época, estava, por uma vez, na vanguarda das novas directrizes: o *Instituto Bacteriológico Câmara Pestana* era precocemente fundado em 1892 e em 1910 aparecia o primeiro (e até hoje único) Hospital Escolar em Lisboa (o de Santa Marta), contemporâneo da Faculdade de Medicina de Lisboa, criada em 1911.

Estas duas instituições dominaram a medicina portuguesa na primeira metade deste século, desenvolvendo

investigação original e uma acção pedagógica de projecção além-fronteiras, num momento único da nossa medicina, de que Egas Moniz e Gama Pinto, representados nesta exposição, são apenas dois dos exemplos possíveis.

A ciência médica deste período provinha, sobretudo, das escolas alemãs, e do seu método anátomo-clínico, mas a segunda metade do século ia ver outra transformação. Os Estados Unidos, no após guerra, tomariam a dianteira, apoiando-se numa medicina experimental extremamente activa, e numa cada vez mais rigorosa medicina clínica; simultaneamente codificavam o ensino e a prática médica a nível pré e pós-graduação, e estabeleceram vastos programas de investigação. Esta tríplice acção deu-lhes lugar de vanguarda na panorâmica médica mundial.

É, contudo, imprescindível insistir aqui no esforço pós-guerra da Grã-Bretanha, que imaginou o extraordinário *National Health Service*, o único Serviço Nacional de Saúde verdadeiro que conhecemos, e cujo impacto social foi tremendo. Foi definido, recentemente, por Peter Hennessy como *one of the finest institutions ever built by anyone anywhere*.

Notavelmente, os britânicos reconheceram estar a cobertura hospitalar e assistencial do país, intimamente relacionada com o ensino médico (nasceu então a *British Post-Graduate Medical Federation*) e a investigação (criação dos *Research Councils*). Estavam reunidas as condições que promoveram a grande revolução na vida médica da Grã-Bretanha no rescaldo da guerra. Infelizmente não sobreviveu à trajectória política, social e internacional do Reino Unido. Com desgosto o constatamos e nos revoltamos contra o primarismo revelado por outros países, de organização médica, educativa e científica deficientes (entre os quais o nosso se conta) ao procurar imitar aquele período único da história da medicina e da assistência, proclamando que têm um Serviço Nacional de Saúde. Deste só conhecem o nome, pois não tiveram em conta nem o conceito nem a própria realidade vivida.

Na sequência desta corrente anglo-saxónica, a medicina confirma o seu carácter multimodo: para além da sua face puramente **profissional**, é uma forma de **ensino superior** (pertence à *High Education*), é uma forma de **actividade científica** (com consequente investigação) e é ainda uma forma de **cultura** na área das ciências humanas.

Visão integral do fenómeno médico, que torna as suas fracções indissociáveis. Encará-lo apenas como actividade profissional é uma perspectiva francamente acanhada e limitada.

Mas o discurso da medicina científica ia conhecer uma nova evolução. Os anos 80 viram uma revolução dos conhecimentos médicos (tão profunda e inesperada como o contemporâneo fenómeno político identificado com a queda do comunismo russo). Uma nova metodologia, a que se chamou **imagiologia** (ou ciência da imagem), utilizando métodos não agressivos (não invasivos), como a Ecografia, o Doppler, TAC e ressonância magnética nuclear, etc, surgiu como alternativa ao antigo padrão da observação clínica. Esta modificou-se em poucos anos: o contacto físico e íntimo com os doentes reduziu-se apreciavelmente.

O doente passou a ser explorado através duma tecnologia inócua e cómoda, que pode ser repetida sem perigo nem

incómodo, e permite a análise de estruturas e órgãos, sem alteração das suas relações topográficas, e com o indivíduo vivo, ao contrário do que acontece na autópsia. O que eu gosto de chamar análise *in situ et in vivo*.

Hoje consegue-se *devassar* em vida o corpo humano em todos os seus sectores, incluindo o da vida psíquica. A investigação neurobiológica fez progressos fulgurantes, retirando algo do aspecto misterioso que até hoje apresentou a vida mental como a da questão da dualidade corpo-*alma*. É exemplo dessa corrente a investigação do casal Damásio, que agora nos chegou da América para receber o Prémio Pessoa.

Que mudança radical do discurso médico: do homem como objecto de misericórdia, passou-se ao homem como fenómeno biológico, e chegou-se ao homem como objecto de análise.

Exames feitos por aparelhos, por máquinas, com análise sectorial (parcial) do corpo humano, conduziram-nos porém a uma medicina de *exames* ou de *órgãos*, de partes, que não consideram sempre a totalidade do doente - na sua síntese como indivíduo. O homem como pessoa submerge-se na multiplicidade dos exames.

É a **despersonalização** da clínica: o paciente não é visto pelo médico, nem reconhece o técnico que lhe faz os exames como seu médico. Despersonalização simultânea do doente e do próprio médico.

Estabelece-se, deste modo, mais uma dicotomia, na própria prática clínica: para um lado ficam os *clínicos* propriamente ditos; para outro os *técnicos* que dominam as técnicas. Os primeiros com a missão (que muitas vezes não podem completar) de fazer a síntese da *constelação analítica* e inferir do caminho a seguir, têm responsabilidade profissional e ética; os segundos praticamente, apenas, com, a responsabilidade técnica dos exames.

A missão transcendente da medicina - dar vida e ajudar na morte - aparece-nos agora envolta numa bruma que a apaga e nos deixa ver e ouvir apenas máquinas, luzes, sons, mecanismos artificiais, num ambiente asséptico, onde as imagens humanas de quem sofre e de quem trata, lembram mais autómatos do que seres vivos, pensantes e sensíveis.

Os computadores, os tomógrafos, os respiradores, não inspiram compaixão nem amor. Uma tomografia, uma R.M.N., nada nos dizem do indivíduo e da sua vivência.

É a **desumanização** da medicina.

Não vou, claro, esquecer ou ignorar que os resultados pontuais das novas técnicas imagiológicas são maravilhosos para o diagnóstico e a terapêutica electiva, satisfazendo também a curiosidade dos médicos. Se o fizesse seria colocar-me (e logo neste lugar!) na posição do velho do Restelo...

Mas há outro grave reverso da medalha imagiológica: o preço! O factor económico sobressai no novo discurso da medicina, seja nos países mais ricos seja nos pobres, e reforça a posição dos administradores. Quer dizer, é uma das portas abertas à política e aos gestores.

Nesta ordem de ideias é possível transformar os hospitais e os centros diagnósticos em grandes zonas de tecnologia. Nas inaugurações oficiais, os *media* mostram-nos preferencialmente as paredes, a arquitectura e a aparelhagem. Mas não são estes os elementos mais importantes do problema. Pouco se sabe da acção dos médicos que lá vão

trabalhar e dos doentes que lá irão sofrer. O factor humano pode, desta forma, ser totalmente ignorado, excepto quando, sob a tremenda pressão económica actual, se dá um lugar proeminente aos gestores. Há mesmo médicos que querem transformar-se em gestores - uma via directa para o poder!

Mas o problema é mais complexo

O eminente historiador de ciência, da Universidade de Harvard, George Sarton, deixou-nos um testemunho exemplar. Dizia: *A Idade Média foi dominada pelos teólogos, a Renascença pelos humanistas; nós vivemos dominados por tecnocratas e administradores. Mas se nos guiarmos apenas por estes, e pelo seu sentido de eficiência e proveito imediatos, seremos conduzidos a um mundo mais propício para a guerra do que para a paz. A excessiva influência administrativa e tecnológica da era actual, terá de ser contrabalançada pela acção dos artistas, dos filósofos, dos historiadores e dos homens de ciência. Na realidade, os educadores e cientistas autênticos, ao escolherem as vias mais indicadas da educação e da investigação, praticam o acto mais transcendente da administração: as opções prioritárias. São juízos de valor que levam a actos de administração cultural e científica - à orientação superior dos interesses da Nação.*

É neste contexto, tão admiravelmente definido, que assistimos, espantados, à discussão do fenómeno médico como ela tem sido praticada entre nós, abordando a medicina apenas como uma profissão, uma prática, numa visão primária do problema.

Tudo se passa - muitas vezes o temos dito e aqui estamos a repeti-lo - como se existisse um simples conflito entre o Ministério da Saúde e Ordem dos Médicos ou Sindicatos.

Não se atende à complexidade científica da medicina actual, que exige uma atitude de pesquisa; não se atende à importância educativa e cultural (não são considerados verdadeiros hospitais universitários); não se atende à problemática económica geral da saúde, no seu todo, que ultrapassa largamente o sector médico.

Em especial, não se considera a mudança radical e deletéria que surgiu na formação e amadurecimento dos médicos jovens, levados (por uma conjuntura que não foi por eles criada) a trocar a competência profissional e o amor do próximo, por uma luta obstinada por escalões e remunerações da hierarquia burocrática, para não falar em outras tentações, como o sucesso televisivo.

Explico-me melhor. Noutras épocas escolhiam-se leituras, havia bibliotecas diversificadas e de cunho pessoal, autores e mentores que modelavam a formação profissional e o desenvolvimento individual, com aquisição duma consciência ética e de capacidade crítica.

Nesse tempo, as reuniões científicas - os congressos médicos - eram ocasiões de informação directa. Hoje, nos grandes congressos, a multidão dos participantes e as dimensões dos programas e dos locais, tornam difícil seleccionar o que se quer ver e ouvir. Os contactos pessoais e a aprendizagem directa, personalizada, desvaneceram-se.

A leitura e a troca de ideias foram substituídas pela contemplação televisiva diária. Esta leva, na grande maioria dos casos, a que hoje todos vejamos a mesma *cartilha* que a televisão uniformemente nos fornece, seja como teleno-

vela, seja como *cassette* partidária, seja como passeio alucinante por múltiplos canais.

Embora ninguém possa negar ou desconhecer que a televisão é hoje o meio mais formidável de comunicação, e potencialmente seria o meio mais poderoso se se quizesse, ou pudesse, provocar uma revolução cultural, a nível mundial.

Mas não é assim, e na televisão procura-se, antes de mais, um meio de influência e de sucesso. Este interessa aos políticos, mas não pode ser uma meta para os médicos, nas suas relações com o público. Até porque li, há pouco, *ser o sucesso mais perigoso do que a pobreza, isto porque ao mesmo tempo que dilata o ego, encolhe o cérebro.*

Por tudo quanto se disse anteriormente, teremos de concluir não poder a medicina ser discutida nem equacionada como fenómeno de rotina prática clínica, ao serviço das organizações estatais de saúde e das suas directrizes políticas.

A medicina tem de ser mais independente da pequena política dos funcionários que servem o *establishment* com espírito burocratizante e centralizante. Mais independente, também, das organizações profissionais partidárias ou sindicais, que pretendem monopolizá-la, para defesa, afinal, dos seus próprios interesses, esquecidas da causa pública - da saúde do povo.

A problemática médica terá de ser discutida de maior altura, com mais elevação e extensão, numa visão mais abrangente, mais autónoma e menos sectária, para que possa ter uma hierarquia ligada à competência e a uma maior liberdade individual. Enfim, com retorno ao aspecto mais importante do antigo discurso: o da defesa dos valores humanos essenciais, de que podemos dar vários exemplos.

Sendo a medicina uma das profissões mais ligadas à evolução social, nela se reflectem as mudanças sócio-políticas de cada época. O magnífico *essor* do *National Health Service* deveu-se muito ao espírito de solidariedade, à atenuação das pequenas querelas, e à generosidade que caracterizaram o pós-guerra imediato na Inglaterra.

Mas nem tudo são rosas na evolução dos povos, e mudanças optimísticas podem coincidir com situações dramáticas.

A auspiciosa revolução tecnológica da medicina dos anos 80, contemporânea da espectacular transformação política da mesma época, ao trazer-nos incontestáveis elementos de esperança, trouxe-nos também razões de desilusão e preocupação. Para além da evidente desumanização que imprimiu à prática médica, vimos surgir, nesta época de sucessos técnicos, os velhos demónios das epidemias mundiais (como a sida) e dos comportamentos desviados (a droga), sem que tenha sido possível evitá-los ou dominá-los. Exemplo de flagrante impotência médica e sanitária.

Paralelamente, o fenómeno político surpreendente das quedas dos governos autocráticos e dos regimes de terror, aliados à busca duma nova economia e dum novo relacionamento dos povos, no imenso mar de esperança em que se espalhou, desencadeou, também ele, uma consequência terrificante: a libertação de outros velhos demónios - os nacionalismos de base étnica ou étnico-religiosa.

As lutas, os morticínios e a miséria, voltaram aos antigos territórios da ex-URSS e da ex-Jugoslávia, e deixaram o

quadro dantesco de populações desaparecidas, ou vivendo, sem os necessários apoios e defesa, em condições sub-humanas e de terror.

Perante este panorama, as organizações humanitárias (Cruz Vermelha, Médicos sem Fronteiras, os próprios Capacetes Azuis), sem recursos no terreno, moveram-se pelo amor do próximo para levar auxílio, muitas vezes precário, a todos os que sofrem tão terríveis provações. Levaram-lhes aquilo que Shakespeare tão sinteticamente definiu na sua *Measure for Measure*:

*The miserable have no other medicine
but only hope*

A esperança - um dos mais poderosos agentes terapêuticos que a medicina tem conhecido.

Assistimos assim a um fenómeno paradoxal e que merece ser comentado: nesta época de medicina científica e de alta tecnologia, verifica-se, quando a sociedade está equilibrada, uma prática médica eficiente, exercida com uma certa frieza científica e sem evidente compaixão; mas quando os povos se acham em posição de desespero e de falência, seja por epidemia, seja por guerra fratricida, a medicina, desarmada, regressa à atitude do Bom Samaritano e ao seu velho discurso - o da misericórdia!

Rodeados hoje dos objectos e das recordações selecciona-

das, que constituem esta *Exposição Histórica Médico-Cirúrgica*, à sombra deste magnífico monumento, exemplo da capacidade criativa, da originalidade artística e do espírito de missão dos portugueses de seiscentos, parecem-nos ser ocasião ideal para um pequeno momento de reflexão, necessariamente lúcida e crítica. Que a glória ultramarina do passado não nos induza, em grata e benevolente contemplação, a identificar-nos com os nossos antepassados de então.

Estamos numa época de indecisão nacional, na procura duma identidade europeia que não está na nossa tradição. Da mesma forma, os factos que vivemos e a que assistimos, não nos permitem adivinhar uma *expansão* (falo, naturalmente, da cultural ou espiritual e não da territorial). Temo, assim, que os nossos descendentes não possam glorificar-se, daqui a cinco séculos, da beleza e originalidade das construções agora feitas, nem tão pouco, das nossas realizações actuais, onde incluo a medicina portuguesa, tal como é vivida neste momento. Enfim, da nossa capacidade actual de *manter uma tradição e um sonho de expansão*.

I don't try to describe the future.

I try to prevent it*

* (Ray Bradbury - cit. Arthur C. Clarke in *The Observer*).