

**DA “RÉGIA ESCOLA DE CIRURGIA” À “NOVA-MEDICAL SCHOOL”:  
Acerca do ensino da medicina em Portugal**

**Palestra da Sessão Comemorativa dos 40 anos da NOVA-Medical School  
18-11-2017**



António José de Barros Veloso  
Médico

É hábito começar estas palestras com palavras do género: “Foi com muita honra e muito prazer que aceitei o convite para falar nesta cerimónia”. Não quero fugir à regra, mas gostaria de acrescentar duas explicações.

A primeira é que não sendo eu um académico, pois fiz toda a minha carreira nos Hospitais Cívicos de Lisboa (HCL), e estando a NOVA, Medical School, como todas as instituições universitárias, obrigada a ser exigente nas suas escolhas, é particularmente honroso, que o Senhor Director da Faculdade se tenha lembrado de mim para vir hoje aqui falar.

A segunda é esta: faço parte há alguns anos do Conselho Geral da NOVA – sou um dos seus 4 membros “laicos” -, e assisto com interesse a reuniões em que se discutem aspectos organizativos, financeiros, estratégicos, estatutários, matérias em que me sinto pouco à-vontade. Sempre pensei que a mais-valia da minha escolha para este órgão estaria na abordagem de

outras questões, como por exemplo: O que deve ser hoje o ensino da medicina? Que tipo de profissional ou de profissionais uma faculdade de medicina deve formar? Qual o papel da investigação? E que tipo de investigação? Clínica, básica ou ambas? Em suma: o que talvez se esperasse de mim era a reflexão de alguém que atingiu o termo de uma carreira clínica de 50 anos e que continuou, já depois disso, a assistir com interesse às transformações que a medicina sofreu nas duas décadas seguintes. Ao todo um percurso de quase 70 anos. Por falta de oportunidade ou por inércia, não o fiz: é por isso, com redobrado prazer, que o faço agora.

Vou dividir a palestra em duas partes: na primeira tentarei resumir a história do ensino da medicina em Lisboa e o caminho percorrido até à Faculdade de Ciências Médicas do Campo de Santana, hoje a NOVA, Medical School. Na segunda, procurarei olhar para aspectos actuais da medicina, não para propor receitas ou soluções, mas para levantar questões que merecem reflexão.

1 - O ensino a que chamamos “superior” teve as suas raízes nas Universidades e possuía inicialmente, como objectivo primordial, a conquista do conhecimento e do saber. Esse espírito fundador foi evoluindo e, no final do século XVIII, a única Universidade portuguesa, a de Coimbra, já formava bacharéis em diversas áreas, nomeadamente em medicina. Contudo, a cirurgia também era ensinada noutros locais, como em instituições militares e no Hospital Real de Todos-os-Santos cujo “Regimento” original de 1492, redigido por D. João II, obrigava o cirurgião-barbeiro a fazer-se acompanhar sempre por um aprendiz.

Em 1775, em pleno Iluminismo, o cirurgião e anatomista Manuel Constâncio, dispondo já de teatro anatómico, estruturou, no Hospital Real de São José, o ensino que esteve na origem de uma notável escola de cirurgiões. Parecia, portanto, não fazer sentido que Lisboa, a maior cidade do país, não possuísse ensino médico institucionalizado. Mas a isso se opunha a Universidade de Coimbra.

Só em 1825 surgiram finalmente as Régias Escolas de Cirurgia de Lisboa e do Porto, que Passos Manuel, em 1836, transformou em Escolas Médico-Cirúrgicas, atribuindo-lhes competências pedagógicas mais amplas. Em Lisboa, a Escola funcionava no Hospital Real de São José e foi ganhando

prorrogativas, sem conquistar, contudo, o estatuto de instituição académica. Nela ensinavam, nos finais do século XIX, homens como May Figueira, Manuel Bento de Sousa, Sousa Martins, José António Serrano, Câmara Pestana e Miguel Bombarda. Submetida à Administração do Hospital, tinha pouca autonomia e entrou em frequentes conflitos com a área assistencial, especialmente quando, no princípio de novecentos, Curry Cabral iniciou reformas profundas numa instituição degradada e com problemas de organização e disciplina.

Nessa altura foi decidido construir um hospital moderno, o Hospital de Santa Marta, destinado aos sífilíticos do Desterro. Contudo, a 13 de Setembro de 1910, um mês antes da proclamação da República, os professores conseguiram que o Ministro do Reino, Teixeira de Sousa, lhes entregasse o edifício, contra a vontade de Curry Cabral. A Escola adquiria assim um hospital próprio que, em 1911, com a criação da Universidade de Lisboa, passou a chamar-se Hospital da Faculdade de Medicina de Lisboa.

O ano de 1911 foi, aliás, histórico para o ensino da medicina: além da fundação da Faculdade em Lisboa, regressaram a Portugal vários jovens médicos que se encontravam a estagiar no estrangeiro e iriam constituir, com outros, a chamada “Geração de 1911”. Quase todos se dedicavam às ciências básicas e à investigação, utilizando um instrumento, hoje corriqueiro, mas que na altura se revelou revolucionário: o microscópio. Foram eles que desenvolveram a bacteriologia, a histologia, a histopatologia, a parasitologia, a farmacologia e a medicina legal. Surgiram então vários Institutos, destinados ao ensino e à investigação, que iriam lançar as bases de uma medicina moderna, à frente dos quais se encontravam Mark Athias, Gama Pinto, Augusto Celestino da Costa, Annibal Bettencourt, Azevedo Neves e Sílvio Rebelo. Só faltava o Instituto de anatomia patológica que esteve previsto mas não chegou a nascer, devido ao falecimento precoce de António Pinto de Magalhães que para ele fora indigitado.

O ensino adquiriu então elevado nível científico, mas andava no ar a pergunta formulada por Pulido Valente, nomeado professor de “Clínica Médica” em 1925: para que serve este conjunto de espaços e de laboratórios, se for destinado apenas à prática de “ciências autónomas, meramente especulativas” e não servirem aquele que é o seu principal

objectivo, a clínica? Pulido Valente, avesso à investigação (“no meu serviço estão proibidas as descobertas científicas!”), ultrapassou esta questão ligando as disciplinas básicas à clínica. Não de uma forma meramente teórica mas, como ele próprio dizia, “fazendo bacteriologia, imunologia e anatomia patológica à cabeceira do doente”.

A cirurgia de qualidade, e também inovadora, era feita, não em Santa Marta, mas no Hospital Real de São José e Anexos, grupo hospitalar que, a partir de 1914, se passou a chamar Hospitais Civis de Lisboa (HCL). Aí, a Escola foi buscar Reynaldo dos Santos, criativo e adepto da cirurgia experimental. Os outros cirurgiões académicos percorriam também a carreira dos HCL e ocupavam lugares de chefia na Urgência de São José, que era então um local em que se adquiria grande experiência. Faculdade e HCL funcionavam assim como um sistema de “vasos comunicantes” através da partilha de pessoas, de serviços e de valências pedagógicas.

Ao projecto que estava a nascer à volta de Pulido, só faltava uma anatomia-patológica de qualidade, cujo instituto não chegara a funcionar, mas que iria nascer de forma pujante em 1936 com a vinda para Portugal de Friedrich Wohlwill, fugido ao regime nazi. Com ele, Pulido fechou a cúpula de um edifício que sempre imaginara, ou seja, o ensino de uma medicina moderna - a medicina anatomo-clínica - que, apesar de ter entrado com algum atraso em Portugal, iria ser o modelo que influenciou as gerações seguintes. À medicina semiológica de tradição francesa, acrescentava-se agora uma medicina morfológica de inspiração germânica que procurava, nas lesões dos órgãos, explicações para os quadros clínicos e fundamentação para os diagnósticos.

Não é de admirar que a investigação básica, devido à forte influência de Pulido Valente que sempre a desvalorizou, ficasse reduzida a uma expressão mínima para dar espaço a publicações de casos clínicos e revisões casuísticas. Em Santa Marta, no período entre 1927 e 1952, a investigação ficou marcada pela Escola Portuguesa de Angiografia que, iniciada por Egas Moniz, iria conquistar projecção internacional. Contudo, também ela era feita por clínicos, para resolver problemas clínicos. Durante algum tempo, a investigação básica realizava-se sobretudo num centro privado não universitário, nascido em 1925, o Instituto Rocha Cabral, onde trabalhavam alguns professores ligados à Faculdade, mas que, nas décadas seguintes, foi

perdendo dinâmica. Só muito mais tarde, em 1961, a investigação básica irá renascer com o Instituto Gulbenkian de Ciências, em Oeiras, também ele independente da Universidade.

Mas, voltemos atrás.

Entre a Faculdade de Santa Marta e os HCL manteve-se, com dissemos, uma ligação técnica, institucional e pessoal muito forte, praticamente até à transferência da Faculdade para Santa Maria, em 1953. A partir deste afastamento geográfico, deu-se uma independência das duas instituições. Ao mesmo tempo assistiu-se a uma mutação que acrescentou um novo componente à medicina anatomo-clínica de Pulido: a fisiopatologia. Já não eram só as expressões morfológicas das doenças que interessavam, mas também as manifestações fisiopatológicas, ou seja, o estudo das alterações fisiológicas dos aparelhos e sistemas, tornado possível graças aos avanços tecnológicos. O intérprete desta corrente foi Eduardo Coelho que, depois do saneamento político de Pulido em 1947, ficou com as mãos livres para montar um serviço de cardiologia. Aí, além de electrocardiogramas e vetocardiogramas, faziam-se cateterismos e angiocardigrafias e mediam-se pressões e débitos intravasculares e intracavitários que permitiam avaliar as alterações fisiopatológicas do aparelho circulatório.

A tendência para a separação da cardiologia estendeu-se depois a outras áreas e levou à fragmentação da Medicina Interna (a “Clínica Médica” de Pulido Valente), com a constituição de múltiplas especialidades médicas, a progressiva valorização das técnicas, e a secundarização da semiologia clínica. A separação do Hospital Escolar e dos HCL não foi, pois, apenas geográfica: acompanhou-se de uma fractura cultural que pude constatar quando mais tarde fiz parte de uma Comissão de Avaliação das Faculdades de Medicina. Verifiquei então que nos hospitais universitários os alunos percorriam, em curtos estágios, os vários serviços das especialidades onde assistiam aos exames técnicos, enquanto a observação clínica do doente deixara de ser uma tarimba obrigatória e passara a ocupar um espaço residual. Era uma situação impensável nos HCL, onde a abordagem clínica constituía um componente prioritário e insubstituível.

De 1973 a 1976, HCL e Faculdade voltaram a cruzar-se, quando o excesso de alunos obrigou a alargar o ensino da clínica aos hospitais não-

universitários. Os HCL, que dispunham de médicos com uma apurada cultura clínica e bem preparados do ponto de vista prático e teórico, responderam com empenho e competência ao auxílio solicitado. Mas esta experiência só durou 3 anos. Depois de um período de hesitações e incertezas, foi criada, em 1977, a Faculdade de Ciências Médicas que chamou a si o ensino pré-graduado, se organizou, adquiriu uma estrutura sólida e conquistou uma posição de relevo e prestígio no ensino da medicina. É hoje a NOVA-Medical School, cujo aniversário celebramos. Em contrapartida os HCL entraram numa fase de progressiva decadência até serem oficialmente extintos em 2013. Assim se fechou um ciclo que deixou profundas marcas na medicina portuguesa mas que agora pertence ao passado.

2. Foi precisamente durante o período de organização e crescimento da Faculdade de Ciências Médicas que se registaram algumas mudanças, umas “paroquiais”, outras estruturais.

A primeira grande mudança foi a criação do *numerus clausus*, em 1977. Esta medida que se destinava a estancar a entrada incontrolada de alunos nas Faculdades de Medicina, iria ter efeitos colaterais que nunca foram objecto de uma análise fina e atenta.

Um dos efeitos foi o crescimento do género feminino no universo dos alunos de medicina. A partir de uma presença residual, no princípio do século XX, o número de mulheres foi aumentando lentamente. Mas, com o *numerus clausus* o crescimento tornou-se muito rápido e passados alguns anos o género feminino representava 50% dos alunos e iria ultrapassar esta cota até atingir uma clara maioria. É um fenómeno que pode ser analisado sob duas perspectivas: as causas e as consequências.

Quanto às causas, há quem pense que a selecção dos candidatos ao curso de medicina, feita apenas pela nota obtida no ensino secundário, ou seja, durante a adolescência, possa ter colocado o género feminino em vantagem. A adolescência é um período relativamente calmo nas mulheres, que atingem mais cedo a maturidade biológica. Pelo contrário, é muito agitada nos homens, que entram em fase de instabilidade fruto de uma mutação biológica e psicológica que se caracteriza pela dispersão, o

exibicionismo e a procura de novidade e aventura, nada favoráveis à reflexão e ao estudo. Se acrescentarmos a isto uma tendência tradicional das famílias portuguesas para uma atitude mais vigilante e protectora em relação às raparigas durante a adolescência, é fácil de perceber que tenham sido elas a atingir, em maior número, a fasquia mínima exigida, muito próxima dos 19 valores, para entrar no curso de medicina. É um assunto para psicólogos e sociólogos mas, à falta de melhor, esta explicação parece-me razoável.

Quanto às consequências, outra pergunta se coloca: será que a clara supremacia numérica das mulheres entre os licenciados em medicina teve alguma influência na atmosfera cultural, no estilo e na prática da profissão médica? Dito de outra maneira: haverá diferenças entre homens e mulheres, quando observados em grandes grupos, que permitem detectar características próprias, em aspectos psicológicos ou no tipo de inteligência, capazes de introduzirem mudanças significativas nas actividades que exercem? Se for assim, será que a profissão médica está diferente?

Numa análise superficial, um não-especialista é tentado a dizer que as mulheres têm uma inteligência mais pragmática e intuitiva, enquanto os homens têm maior tendência para a especulação, a dispersão e um certo irrealismo. Mas esta questão, que tem sido objecto de muitos estudos, é um terreno minado, cujos resultados devem ser analisados com prudência. Investigações feitas nos EUA têm apontado para maior dispersão das aptidões intelectuais no género masculino. Enquanto nas mulheres, o universo das capacidades intelectuais teria uma distribuição mais concentrada e homogénea, nos homens o espectro seria mais alargado e, por isso, eles estariam mais representados nos extremos, ou seja, no topo inferior e no topo superior. Isto poderia explicar a presença de mais homens do que mulheres em áreas que exigem maior capacidade cognitiva e foi esta convicção que deu origem a um incidente que ficou célebre.

Em 2005, o Presidente da Universidade de Harvard, Larry Summers, economista de grande prestígio no meio intelectual dos EUA, proferiu uma conferência em que procurava uma explicação precisamente para o facto de ser maior o número de homens nos postos académicos mais elevados de certas disciplinas científicas. Para ele, mais do que a discriminação do

género ou a menor disponibilidade para tarefas que envolviam uma elevada carga horária, o facto era devido a diferenças de “aptidões inatas”, afirmação em que estava implícita uma superioridade de certas franjas do sexo masculino. Num país onde as questões ligadas ao género são muito sensíveis, isto iria desencadear uma gigantesca onda de protestos e um apaixonado debate. As críticas foram violentas e Summers teve que pedir desculpas públicas. Alguns meses mais tarde iria ser substituído, no lugar de Presidente de Harvard, por uma mulher. Mas este debate ainda não terminou e continua muito participado.

O *numerus clausus*, com a exigência de alta classificação para a matrícula em medicina (ainda me lembro de alguns candidatos, com mais de 18 valores que não conseguiram vaga), teve outra consequência. Embora possam existir excepções -- alunos com altas classificações revelam-se mais tarde verdadeiras decepções, enquanto alunos médios se transformam em brilhantes profissionais -- é incontornável que durante, muitos anos, grande parte dos melhores alunos do secundário foi canalizado para medicina e a profissão médica passou a ser constituída por uma maioria de profissionais superdotados e, naturalmente, ambiciosos. Muitos deles sentir-se-ão atraídos pela investigação básica ou pelo domínio das novas tecnologias, áreas que poderão trazer-lhes maior compensação intelectual, realização profissional e notoriedade.

Esta visão poderá parecer pouco realista e infundada. Por isso gostava de lembrar um caso célebre passado entre 1920 e 1950, na área da Física.

Em 1927 juntaram-se em Bruxelas, numa das reuniões periódicas organizadas pela Solvay, cerca de três dezenas de físicos excepcionais, entre os quais Max Plank, Mme Curie (a única mulher), Einstein, Niels Bohr, Heisenberg, Max Born, Schrodinger, Pauli, Dirac, Die Broglie, etc. O tema era “Electrões e Fotões” e o encontro foi dominado pela mecânica quântica, pelo problema da onda e da partícula, pelo princípio da incerteza de Heisenberg e pelo princípio da complementaridade de Bohr. Em debate estava o modelo conceptual da mecânica quântica que punha em causa o determinismo da física de Newton. Einstein, relutante em abandonar os fundamentos sagrados da física clássica, recusava aceitar o indeterminismo do modelo quântico, argumentando com a frase célebre “Deus não joga aos



dados”, a que Bohr responderia: “Sr. Einstein: por favor, deixe de dizer o que Deus deve ou não deve fazer”.

Em 1930 a complexa questão conceptual da mecânica quântica ficou resolvida, apesar da relutância de alguns. A sua aplicação abriria caminho às maravilhas tecnológicas que todos hoje conhecemos. A partir daí, restava completá-la e aperfeiçoá-la. E, cá está: essas tarefas rotineiras não seduziam a geração seguinte de físicos superdotados que decidiram então ir em busca de novas fronteiras. Foi assim que Max Delbruck, e outros físicos de excepção, emigrados para os EUA, escolheram, como objectivo, desvendar os mistérios da biologia, aplicando-lhe os modelos da física das partículas. Trabalhando com bacteriófagos (por isso lhes chamaram o “*grupo dos fagos*”), abriram caminho à biologia molecular que levaria a várias descobertas, entre as quais a demonstração de que a base do material genético era o ADN (Alfred Hershey e Marta Chase, físicos) e a identificação da dupla hélice (Watson, biólogo e Crick, físico).

É, pois, natural que num universo de alunos superdotados, como os que durante anos foram canalizados para medicina, sejam cada vez mais os que sentem, como Max Delbruck, atracção por novas fronteiras, secundarizando a área da clínica, essência e jóia da profissão médica, mas que para alguns poderá parecer rotineira e menos atractiva.

Acrescentemos que, a partir de 1986, se criou em Portugal um ambiente convidativo à investigação, com o regresso de médicos que ocupavam lugares importantes em instituições nos EUA e na Europa (Maria de Sousa, Cunha Vaz, António Coutinho), com a enorme disponibilidade de verbas dos fundos europeus para financiar projectos científicos e com a acção de Mariano Gago à frente da JNICT e do Ministério da Ciência e Tecnologia.

Sobre a investigação voltarei a falar mais adiante. Mas gostaria, entretanto, de referir outras mudanças que não podem deixar de ter repercussão sobre a área curricular.

Em meados da década de 1980 começou a ser dada atenção a três disciplinas, até aí relativamente desprezadas entre nós, e cuja importância, no ensino, não foi imediatamente percebida: Qualidade, Bioética e Financiamento.

A avaliação da Qualidade começou nos EUA em 1919 com a criação da Hospital Standard Organization por iniciativa do American College of Surgeons. Mais tarde várias associações médicas norte-americanas e canadianas seguiram este exemplo com a Joint Commission on the Accreditation of the Hospitals (1951) e, posteriormente o Governo Federal fundou um sistema de avaliação interpares, a Professional Standards Review Organization (1972). A teorização e crescimento desta nova disciplina, que se ficou a dever em especial a Avedis Donabedian, despertou pouco interesse em Portugal até ao envolvimento recente de cirurgiões cardiotorácicos e anestesistas. Em 2005 surgiu o livro “O Erro em Medicina” de José Fragata, enquanto os anestesistas foram buscar à aviação comercial, métodos, como os simuladores de treino, a correcção dos defeitos de comunicação, as *check-lists*, etc. Tal como os pilotos, também eles passam longas horas de tédio que alternam com momentos de terror. Mas lembremos que o problema da Qualidade é muito mais vasto do que prevenir erros e omissões durante a realização de actos técnicos. Envolve a análise da *estrutura* (instalações, equipamento, preparação dos técnicos, acessibilidade), *processo* (avaliação das etapas e dos procedimentos efectuados) e *resultados* (mortalidade, recuperação funcional, satisfação, relação custo-benefício). É sobre este conjunto que os médicos têm de possuir, actualmente, uma informação sólida.

A Bioética, nome criado em 1970 por van Reusselaer Potter, nasceu na realidade em 1947, com o Código de Nuremberga, que foi elaborado por juristas após a II Guerra Mundial, na sequência de ensaios realizados em prisioneiros nos campos de concentração. Mais tarde (1964) surgiu a Declaração de Helsínquia, fruto de reflexão feita no seio da Associação Médica Mundial. Em 1974, o Congresso dos EUA nomeou uma Comissão que produziu o documento germinal de teorização da Bioética, o Relatório Belmont, mas só em 1987, Luís Archer, ligado a um grupo de católicos, introduziu a Bioética em Portugal. Desde então, sobretudo com o crescimento exponencial dos ensaios clínicos, a Bioética tornou-se uma disciplina essencial na prática médica.

O interesse pelo Financiamento começou a marcar presença, entre nós, com a subida em flecha das despesas na saúde (de cerca de 4% em 1976, passou-se, em 1994, para 7,4% do PIB, percentagem superior à média

européia que se situava então nos 5,9%). Actualmente, os médicos devem estar preparados para ocuparem uma posição central nas decisões sobre gestão e racionalização das despesas. Não para privar os doentes dos recursos essenciais, mas para estabelecer prioridades, evitar desperdícios, repetições e gastos desnecessários. Se não o fizerem deixarão espaço para que outros, burocratas ou políticos, os substituam, o que seria uma má solução.

Em suma: as Faculdades não podem, actualmente, alhear-se destas três disciplinas. Mas não só. A mudança mais impressionante da medicina aconteceu, a partir de meados de 1980, com o salto tecnológico da mecânica quântica, da química dos medicamentos, da genética e o aparecimento da fibra óptica e da microcirurgia.

A partir daí, com as técnicas de imagem e as endoscopias, foi-se infiltrando na comunidade médica a cultura do *homem transparente* e disso resultou a desvalorização da semiologia clínica. Face a qualquer queixa, os doentes passaram a ser encaminhados para as novas técnicas, sem avaliação prévia e de forma por vezes pueril: “Dores de cabeça? TAC craniano. Tosse? ressonância magnética. Dores abdominais? endoscopia”. Não admira que um doente com inegável sentido de humor, tenha dito ao seu médico: “Já fui visto, sem sucesso, por cinco máquinas: agora é a sua vez”.

As novas tecnologias permitem uma visão extraordinariamente nítida das lesões internas. Mas não justificam o abandono da semiologia clássica que inclui a história clínica e o exame objectivo. A ausência de uma triagem mínima leva a escolhas erradas dos meios técnicos e talvez explique, ao invés do que seria de esperar, a persistência de uma enorme discrepância entre os diagnósticos em vida e os achados da autópsia, como alguns trabalhos têm revelado.

Quem, como eu, está atento ao que se passa e vá registando casos em que aos erros de diagnóstico, se juntam gastos desnecessários e situações de risco, não é difícil seleccionar exemplos como este:

*Há alguns anos foi-me pedido para observar uma doente que meses antes começara com respiração ruidosa, falta de ar e expectoração. Submetida a uma bateria de exames, tinha-lhe sido diagnosticada “asma brônquica” primeiro, “insuficiência cardíaca” depois, tendo sido medicada sem resultado. Sentado à sua frente, comecei pela pergunta canónica: “Há*

*quanto tempo se queixa?” Resposta: “Lembro-me perfeitamente: foi durante um almoço em que estava a comer uma cabeça de peixe; engasguei-me de tal maneira que julguei que ia morrer”. Aqui está como uma simples informação, conseguida sem incómodos para o doente e sem custos para o SNS, permitiu decifrar o enigma e chegar ao diagnóstico: a doente tinha aspirado uma espinha para um brônquio e, uma simples broncoscopia, resolveu a situação. Provavelmente, foi aquela a primeira oportunidade que teve para contar a um médico como tudo começara.*

As tecnologias, para além dos custos, criaram outro problema: a interposição da máquina entre o médico e o doente. Foi assim que uma medicina de “olhos nos olhos” deu lugar a uma medicina de “olhos no computador”, tendo-se instalado uma distância que retirou à prática clínica parte do seu componente mágico que existira ao longo de séculos. O doente, privado do efeito placebo que representa a presença, a empatia e o contacto com o médico a que alguns chamam o “encontro da pele com a pele”, passou, muitas vezes, a sentir-se perdido e sem esperança, Outros factores têm contribuído para esta *desumanização* da medicina: comodismo, rentabilidade, negócios e, sobretudo, a cultura dum pragmatismo pós-moderno que identifica progresso com tecnologia. A História deu muitas voltas e continuará o seu caminho. Mas o Homem, fragilizado pela doença, será sempre o mesmo. Por isso, os alunos saídos das Faculdades têm de estar preparados para tomar, em cada momento, as decisões eticamente correctas, numa altura em que estão cada vez mais “seduzidos pelas técnicas e atordoados com a burocracia”, como dizia João Lobo Antunes.

Mas voltemos à investigação. Hoje em dia, fala-se com frequência em I&D e a todos se pede que criem, inovem, inventem, investiguem.

Em medicina a investigação é de dois tipos. Uma, que faz sonhar com grandes descobertas e com o Nobel, realiza-se em laboratórios e institutos bem equipados. A outra acompanha a prática clínica. A primeira, dirigida para as disciplinas básicas e exercida em exclusividade ou paredes-meias com o ensino, é subsidiada pelo Estado, por mecenas ou fundações. Gastadora insaciável tem que disputar apoios e demonstrar que não está ali à procura apenas de conhecimento mas de qualquer coisa mais que

tenha utilidade e seja rentável. A outra, a cargo dos clínicos convidados pela indústria farmacêutica, não tem problemas: o dinheiro já está incluído em orçamentos destinados ao *marketing* e à colocação de novos medicamentos no mercado.

Tanto num caso como noutro, é necessário dominar metodologias, ter conhecimentos em estatística e epidemiologia clínica, e estar a par das recomendações para preparação e publicação de trabalhos científicos de acordo com o International Committee of Medical Journals Editores (ICMJE), as chamadas “normas de Vancouver”. Sem esquecer, é claro, uma sólida formação em Bioética.

Na investigação básica, as falhas éticas situam-se, a maioria das vezes, na categoria de “casos de polícia” – publicação de trabalhos nunca realizados, manipulação de dados, etc. - que, como se pode verificar pela consulta da literatura mundial, são mais frequentes do que seria de esperar.

Mas é sobretudo na área dos “ensaios clínicos com medicamentos em humanos” que o problema é delicado e exige atenção especial. Um ensaio clínico avalia os riscos, face aos benefícios, e é um exercício complexo que coloca frente a frente aqueles que investem milhões e, legitimamente, procuram recuperá-los, e as comissões de ética - entre nós a CEIC - cuja função é defender os participantes de possíveis danos, garantindo a sua integridade e dignidade. Nessas comissões, os médicos ocupam um lugar preponderante porque são eles que dominam as questões científicas e possuem competência para as avaliar. Mas, para além disso, têm de conhecer bem a estrutura, por vezes labiríntica, dos ensaios clínicos. Só assim poderão cumprir cabalmente a sua missão.

Finalmente, gostaria de levantar uma questão que é, sem dúvida, a mais polémica. Numa altura em que se fala tanto de investigação, devem ou não os médicos ter noções mínimas de Epistemologia e Filosofia da Ciência? Podem ignorar completamente o debate que se fez no século XX à volta de questões, que pareciam arrumadas, mas que iriam suscitar novas perguntas como estas: O que é a ciência? Existe um método científico? Como se faz a demarcação entre ciência e pseudo-ciência, nomeadamente, entre astronomia e astrologia ou entre medicina tradicional e medicinas alternativas?

De facto, após a física quântica e a teoria da relatividade, as ideias herdadas do positivismo foram reexaminadas, discutidas e postas em causa, entre outros, por Alexander Koyré, Popper, Thomas Kuhn e, mais tardiamente (no *Against Method*), por Feyerhaben, que Eduardo Lourenço, já pouco disponível para devaneios pós-modernos, classificaria como “um produto típico das excentricidades de luxo de certas universidades americanas”.

Ninguém duvida que se pode ser um investigador brilhante sem ter noções mínimas de Epistemologia e Filosofia da Ciência. Mas, numa altura em que tanto se valoriza a I&D, as universidades não podem deixar fugir o seu lugar central na cultura, nem abdicar da vocação que sempre tiveram para decifrar e compreender a natureza do conhecimento humano e a sua evolução.

Neste contexto, recordo a frase do catalão José de Letamendi tantas vezes repetida, e popularizada entre nós por Abel Salazar: “O médico que apenas sabe medicina, nem medicina sabe”. Na sua simplicidade, ela traduz todo um programa que deve estar subjacente ao ensino da medicina.

Lisboa, 8-1-2018