

# DOCUMENTAÇÃO

## No rumo da medicina social\*

CELSO BARROSO LEITE\*\*

Começo, sem originalidade mas com sinceridade, expressando minha grande satisfação por poder dirigir-me de público a tantos coestaduanos, às vésperas da fusão.

Agradeço ao Prof. Artur Dalmasso, diretor desta faculdade, a distinção do convite para falar no ato inaugural do ano letivo. Sei que devo isso sobretudo à gentileza do primo e amigo Prof. Sebastião Perlingeiro, mas ainda assim prezo muito o ensejo de um contato com futuros médicos da minha terra e com as demais pessoas aqui presentes.

Ao aceitar o convite, meu primeiro compromisso comigo mesmo foi no sentido de que, sem prejuízo do acatamento devido às praxes acadêmicas, esta minha fala nem de longe pretendesse ser uma aula.

Espero limitar-me a compartilhar com os senhores algumas reflexões sobre medicina e questões correlatas, com base na minha longa vivência da previdência social, embora em setores outros que não os de assistência médica. Leigo que sou na matéria de que se ocupa este promissor estabelecimento de ensino, acredito poder fazê-lo com a isenção dos que não se sentem condicionados por interesses comuns ou sequer ligações diretas.

Concluída a introdução, passo a ressaltar, sem receio de contestação, a crescente importância da assistência médica — e portanto da medicina. Por outras palavras, os alunos desta faculdade — e todos os seus colegas, por toda parte — se preparam para ingressar e atuar num setor básico do mundo de nossos dias.

Note-se que não lhes digo que escolheram campo fértil em recompensas materiais ou onde esteja ao seu fácil alcance a sombra e água fresca da poesia bucólica, que a vivacidade da frase popular erige em meta dos que

\* Aula inaugural da Faculdade de Medicina de Friburgo, em 1975.

\*\* Secretário da Previdência do Ministério da Previdência e Assistência Social.

não têm outra. Essas perspectivas podem ter existido, mas hoje são ambas bastante remotas, para não dizer inviáveis.

Ao contrário, o que vemos é uma crescente plethora de médicos recém-formados lutando por um lugar ao sol — o que na prática significa um lugar no INPS, pelo menos para quem não se dispõe a clinicar no interior.

A primeira vista, por conseguinte, surpreende que continue crescendo, até o limite das autorizações oficiais, não só o número dos cursos médicos como o dos jovens que sofregamente os procuram. A surpresa aumenta quando se considera que, segundo sondagens levadas a efeito em diferentes estabelecimentos e variadas ocasiões, a maioria dos futuros médicos se sente atraída para essa profissão principalmente por motivos econômicos.

Sendo antes cético do que fanático com relação a estatísticas, não chego a contestar o resultado de estudos e levantamentos oficiais, mas tampouco me disponho a aceitar sem restrições essa fria conclusão.

Longe disso, tenho para mim — e mais uma vez na minha condição de leigo — que quem se volta para a medicina em boa parte o faz ao impulso de uma vocação, um chamado interior, quicá inconsciente mas nem por isso menos imperioso.

É normal que a esperança de uma carreira próspera também se inclua entre as motivações do futuro médico. O que para mim não faz sentido é imaginar que aí se esgote a razão da preferência. Sem nenhum intuito de polêmica, repito a convicção de que também existirá, quem sabe se mais forte do que tudo, a vocação, o desejo de ser útil, o sentido humanitário.

Encerrado o reparo aos testes vocacionais e pesquisas de motivação, volto ao tema da crescente importância da medicina, encarando-a agora do ângulo do constante crescimento da assistência médica, em extensão e volume, no conjunto dos benefícios e serviços da previdência social.

Embora pertencendo, como pertencço, ao setor dos benefícios em dinheiro, que mais de perto correspondem a simples seguro social, acompanho de perto a avassaladora expansão da assistência médica.

Renovando a ressalva de que não sou um feticchista das cifras, vou utilizá-las aqui no que a meu ver é a função delas, isto é, para ilustrar o que pretendo dizer. Embora da receita da previdência social, ou, mais precisamente, do INPS, cerca de três quartos se destinam aos benefícios em dinheiro e apenas um quarto à assistência médica, os dirigentes do INPS dedicam 80 por cento de seu tempo e preocupações a esta, e apenas 20 por cento àqueles.

Mais significativo ainda é o fato de que pelo menos 90 por cento das notícias da imprensa sobre o INPS se referem a filas nos postos de assistência médica, segurados mal atendidos neles, demora para conseguir vaga em hospital e assim por diante; ou seja: todos os demais aspectos das variadas atividades do INPS ficam relegados para os escassos 10% restantes do noticiário da imprensa.

Em termos médicos isso pode significar que o pior doente é a própria assistência médica, conforme se costuma dizer, assim como só nos lembramos de que temos fígado, por exemplo, quando estamos às voltas com algum distúrbio hepático. Se o órgão funciona bem, não nos ocupamos dele e mal nos damos conta de sua existência.

Em verdade a assistência médica tem sido o calcanhar de Aquiles da previdência social, segundo a frase feita. Muitos se referem a ela como saco sem fundo e nau sem rumo, e, descontado o exagero, o mais das vezes a crítica procede.

Compreende-se, todavia, que assim seja, dada a inevitável complexidade da matéria. Quando é o ser humano que está em jogo, diretamente, fisicamente, tudo se torna mais difícil.

Se cometo erro no setor dos benefícios em dinheiro, há sempre tempo e meios para corrigi-lo; já o médico, quando falha — e ele também é um ser humano — a falha pode ser irremediável.

Sobretudo quando examinada do ângulo teórico, para não dizer filosófico, a assistência médica se apresenta extremamente difícil. Em última análise trata-se de uma luta contra a morte, e de saída já sabemos quem vai vencer; o máximo que podemos pretender é retardar o mais possível a derrota e vender caro a vitória.

Assim ressaltada a inevitável complexidade do que diz respeito diretamente à pessoa humana, retorno à crescente importância da assistência médica dentro da previdência social, para evocar o lúcido ponto de vista de um colega falecido há poucos anos em sua mesa de trabalho de superintendente regional do INPS em Minas Gerais.

João Camilo de Oliveira Torres, fecundo escritor e dedicado funcionário, escreveu certa vez que a previdência social deveria cuidar primeiro da saúde do trabalhador e só depois se preocupar com o benefício. Era necessário, no seu autorizado entender, evoluir para o primado da medicina, conferindo prioridade a esse misto de ciência, arte e dedicação ao próximo que se ensina nesta faculdade e em suas congêneres.

Bem ao contrário disso, todavia, está nos jornais e por toda parte se comenta, que a medicina se acha em crise. Vemos, por exemplo no *Jornal do Brasil* de 31 de janeiro, sob o título *A medicina está em crise*, uma página inteira que começa assim:

“Há uma crise em escala mundial que está afetando a saúde de milhões de pessoas. A qualidade dos serviços médicos tem decaído a níveis intoleráveis em países com tradição de altos padrões de atendimento.”

Se quisermos passar dos problemas genéricos, não raro meio vagos, para óbices específicos, e limitar-nos principalmente à realidade brasileira, talvez devamos começar pelas dificuldades provenientes do crescimento demográfico acentuado.

Por outro lado, embora bastante deficiente ainda, nossa assistência médica tem melhorado, e o resultado, de resto compreensível, é que à medida que melhora ela se torna mais procurada, e a maior procura cria dificuldades adicionais.

Talvez, porém, que o mais grave de todos os problemas, para o qual não se vislumbra solução a curto prazo, seja o da extrema escassez de pessoal paramédico. Além das dificuldades inerentes à própria insuficiência, resulta daí uma desnecessária sobrecarga de serviço para os médicos, não raro em prejuízo de suas próprias atribuições.

É óbvio que, não falando aqui em nome do ministério a que pertencço, nem muito menos do INPS, não trago procuração para defender a assistência médica da previdência social. De resto, muitos dos que me ouvem não tardarão a ingressar nela, podendo assim conhecê-la de perto.

Ao contrário, já admiti expressamente que ela se ressentia de deficiências, bem conhecidas de todos e pelos menos em alguns casos, inevitáveis.

No entanto, presente no mundo há mais de meio século, posso dar meu testemunho pessoal no sentido de que a situação neste particular como em outros já foi mais precária; isto é, embora insuficiente ainda, como acabamos de ver, a assistência médica constitui hoje uma inegável realidade. E volto a recorrer à frase feita para caracterizar a evolução havida: “mal com ela, pior sem ela”.

Neste momento estamos até no limiar de uma fase mais promissora, com a perspectiva do Sistema Nacional de Saúde, já aprovado pelo Conselho de Desenvolvimento Social para ser encaminhado ao Congresso Nacional.

Basicamente o Sistema Nacional de Saúde prevê, ao lado de uma racional distribuição de encargos entre os ministérios, as instituições previdenciárias e assistenciais, os estados e os municípios — a concentração da ação normativa no Ministério da Saúde e dos serviços pessoais de saúde na previdência social.

Está implícito que o centro de gravidade, ou tônica, da política nacional de saúde se deslocará afinal para o lado das atividades preventivas, como deve ser. Susan Rifkin e Rafael Kaplinsky, em seu ensaio *Estratégia da saúde e planificação do desenvolvimento*, referente à experiência chinesa na matéria, repetem a conhecida observação de que “um grama de prevenção vale mais que um quilo de cura”.

Se cotejarmos o Sistema com outros documentos oficiais e o encararmos à luz da orientação geral do governo, consubstanciada principalmente no II Plano Nacional de Desenvolvimento, veremos que a preocupação com a saúde vai bem mais longe ainda.

Em verdade, não se pode hoje cogitar da saúde sem atentar também para certos condicionamentos básicos como a nutrição, a remuneração do trabalhador e a própria organização financeira do sistema de saúde. A saúde deixou de ser problema do médico apenas, para tornar-se, segundo os mais recentes conceitos científicos e as mais modernas diretrizes governamentais e administrativas, uma área multidisciplinar.

De certa maneira a garantia da saúde ultrapassou o setor tradicional da medicina, trasladando-se para o âmbito de outras ciências.

Henry B. Sigerist, autorizado historiador contemporâneo da medicina, focaliza a questão com lucidez em seu livro *De Bismarck a Beveridge na medicina social*.

Escrevendo há mais de um quarto de século (o livro é de 1949), ele já considerava a medicina “a soma dos meios de promoção e recuperação da saúde e de prevenção da doença ou da incapacidade”. Nesse sentido, continua Sigerist, ela inclui muito mais coisas do que o trabalho do médico, “ela se transformou numa ciência social para um fim social”, tornando-se

“um dos elos da cadeia de instituições de bem-estar social que esperamos encontrar em qualquer comunidade”.

Assim chegamos ao nosso tema de hoje: a medicina social, expressão que pode ser entendida como medicina oficializada, organizada pelo Estado para a sociedade e abrangendo as diferentes modalidades de serviços médicos para prevenção ou cura, assegurados pelo poder público direta ou indiretamente.

Meus estudos de previdência social mostram que o mundo inteiro evolui no sentido da medicina social. Salutar tendência, diga-se de passagem, e sem trocadilho, pois o médico tradicional já não parece atender às atuais condições socioeconômicas dos países desenvolvidos.

Embora sem a preocupação erudita de me documentar exaustivamente, procurei verificar se essa conclusão encontra apoio na bibliografia voltada mais especificamente para medicina e assistência médica, e com satisfação apurei que sim.

A conhecida revista *Médico Moderno*, por exemplo, dedicou à matéria seu número de julho de 1969, no qual se ressalta logo de início que em “todo o mundo, segundo os analistas das questões de saúde, cresce a intervenção do Estado no campo da assistência médica”, acrescentando-se: “O desenvolvimento universal do seguro social é a prova da existência de uma necessidade comum, qualquer que seja a forma institucional adotada”.

A seguir a mesma revista resume assim a matéria do segundo artigo de seu número especial, significativamente intitulado Saúde, problema do Estado:

“Uma visão mundial do seguro social no campo da assistência médica mostra que é universal a tendência a uma crescente intervenção do Estado, qualquer que seja o regime político.”

Lê-se nesse mesmo artigo que a “ingerência do Estado transforma o binômio médico-paciente em um trinômio: sociedade-médico-paciente”.

O número especial de *Médico Moderno* focaliza 32 países, além do Brasil, Estados Unidos, Inglaterra, União Soviética, Espanha, França, Japão etc. Entre outros pontos, despertou meu interesse o fato de que a União Soviética, apesar de seu regime forte e de sua assistência médica totalmente planificada, “enfrenta como principal problema a dificuldade de fixação dos médicos do campo”.

Lê-se ainda ali que nos Estados Unidos, onde “muitas fórmulas garantem a saúde”, a iniciativa particular ainda predomina na assistência médica, apesar dos progressos de programas como o Medicare, destinado às pessoas idosas, e o Medicaid, destinado aos indigentes. Mas também ali a situação parece estar mudando: Robert D. Eilers, que com Sue S. Moyerman reuniu no livro *Seguro-saúde nacional* os debates e conclusões da Conferência sobre seguro-saúde realizada em novembro de 1970 na Universidade de Pensilvânia, abre a introdução do volume com estas taxativas afirmações:

“O debate sobre seguro-saúde nacional para os Estados Unidos já se deslocou para o estágio em que estamos procurando determinar a espécie de plano mais desejável para o país. Já não se discute seriamente se de fato queremos o seguro-saúde nacional.”

Na edição de abril de 1971 da mesma revista o então secretário-executivo de assistência médica do INPS reforçava a tônica do número especial:

“A visão realista do problema assistencial impõe uma conclusão: o sistema implantado pela previdência, intacto ou levemente modificado, será uma presença constante na vida profissional do médico, qualquer que seja afinal o ministério ou entidade a que ficar jurisdicionado. O fenômeno não é estranhável, nem o Brasil é uma exceção, pois a intervenção da previdência social, do próprio Estado, na assistência médica é uma tendência praticamente universal.”

Repito que busquei apoio bibliográfico para a tese aqui reafirmada de que caminhamos no rumo da medicina social, meta de resto já atingida por numerosos países. Acredito poder alicerçá-la também na presença concreta dessa matéria no currículo do curso médico, em caráter autônomo; e a recente criação do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado na Guanabara ilustra bem essa evolução, iniciada pelas instituições similares existentes pelo menos em São Paulo e na Bahia.

O *Jornal do Brasil* de 24 de fevereiro focalizou o novo instituto, destinado, segundo se lê ali, a formar professores de acordo com um sentido coletivo da medicina e a estudar os aspectos sociais desta, incluindo em seu corpo docente não só médicos mas também sociólogos, administradores e demógrafos.

Depois de referir-se à progressiva concentração da assistência médica na previdência social, o jornal observa que “o ensino da medicina está ainda orientado por uma visão particularista, que encara a doença como o mal de um órgão apenas e visa o tratamento individual do doente, sem levar em conta as condições sociais e culturais onde ocorre a doença”; e conclui que sem o conhecimento dessas condições “não pode haver prevenção ou eficiência no atendimento em larga escala”.

Não me compete julgar da procedência ou não dessa referência ao ensino médico, porém minha formação, experiência e convicções me inclinam antes para o moderno enfoque multidisciplinar que se busca através do recém-criado Instituto de Medicina Social e entidades congêneres.

Atrevo-me inclusive a esperar que ele seja um faceta da *política objetiva* do Governo do futuro Estado do Rio de Janeiro, a ser eventualmente estudado pela comissão alvitrada pelos participantes do I Encontro de Diretores de Hospitais Universitários e de Ensino dos estados do Rio de Janeiro e da Guanabara, realizado em Teresópolis em outubro de 1974.

Como virtual *furo bibliográfico*, registro que o documento nesse sentido está reproduzido em trabalho do diretor desta faculdade, Prof. Artur Dalmaso, incluído no livro *A fusão explicada*, lançado no Rio de Janeiro.

A substituição da medicina tradicional pela medicina social prende-se sobretudo ao progressivo reconhecimento do direito de todo ser humano a alcançar e conservar a saúde. A caracterização desse direito já está bem clara no capítulo referente a princípios e programas do importante livro *Leituras sobre assistência médica*, preparado em 1958 pela Associação dos Professores de Medicina Preventiva da Universidade da Carolina do Norte, Estados Unidos.

Odin W. Anderson, na obra *Assistência médica: pode haver equidade?*, em que examina a situação dos Estados Unidos, da Inglaterra e da Suécia no particular, afirma:

“Está implícito nos valores sociais e políticos desses países que toda pessoa deve dispor de alguma forma de acesso aos serviços médicos, independentemente de sua possibilidade de pagá-los.”

Em verdade, temos aí o fundamento básico, a principal razão de ser da medicina social: o direito à saúde, ainda que não se disponha de capacidade econômica para pagamento dos serviços recebidos. É essa, por conseguinte, a sua principal vantagem, que prevalece sobre qualquer outra: só a medicina social torna viável ao Estado cumprir seu dever de assegurar medidas preventivas a todos e assistência médica a quem necessite dela.

Sem pretender examinar aqui as implicações do advento da medicina social, realidade inelutável que já não teria sentido procurar discutir, e a cuja vantagem básica acabo de me referir, não seria descabido lembrar pelo menos que ela cria o problema da maior procura dos serviços médicos. O mecanismo psicológico parece ser mais ou menos o seguinte: se a assistência médica é um direito, em geral decorrente de contribuições diretas, devemos valer-nos o mais possível desse direito.

Na mesa-redonda do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas e do nosso Conselho Federal de Medicina, realizada no Rio de Janeiro em agosto de 1974, o Prof. John H. Bryant, em seu trabalho *Assistência médica e justiça social*, observou:

“Um dilema, quando se dispõe de recursos limitados para a prestação da assistência médica, consiste em equilibrar o atendimento das necessidades desse serviço com o de sua procura.”

O Dr. Robert D. Eilers, na introdução já mencionada do volume referente ao seguro-saúde nos Estados Unidos, após estender à medicina a conhecida lei de Parkinson da administração pública, referindo-se à noção corrente de que cada novo leito de hospital tende a ser preenchido simplesmente porque existe, menciona a convicção de entendidos no assunto no sentido de que naquele país pelo menos um quarto da hospitalização proporcionada é desnecessário.

Ao mesmo tempo, a passagem da medicina para a órbita de responsabilidade do poder público, com a concentração dos recursos humanos, técnicos e econômicos, impõe um acrescido esforço de coordenação, para utilização mais racional e maior rendimento desses recursos.

É sobretudo nesse sentido que devemos encarar com otimismo não só a perspectiva do Sistema Nacional de Saúde mas também a idéia, que o Ministério da Previdência e Assistência Social vem estudando sob a orientação direta do Min. Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva, de reunir seus serviços médicos numa única entidade.

Ambas as iniciativas, entre cujas características básicas se incluem coordenação, entrosamento, integração dos recursos médicos em geral, são bastante promissoras. Por quê? Principalmente porque a experiência internacional tem demonstrado a possibilidade de conseguir, assim, “sistemas nacionais de saúde de custo econômico, capazes de oferecer um tipo de

atendimento técnica e socialmente aceitável, com um máximo de cobertura". A auspiciosa informação é do Dr. Ernani Braga, especialista em saúde pública e ensino médico, e futuro secretário de saúde do Estado do Rio de Janeiro, depois da fusão. No seu trabalho avulso de dezembro de 1974 que estou citando, ele se estriba mais diretamente no último, referente a 1969-72, dos relatórios quadriennais da Organização Mundial da Saúde sobre A situação da saúde do mundo.

Ainda no tocante à medicina social, não será demais lembrar o imperativo de um razoável nível de moderação, para não dizer de humildade, evitando-se o afã de pretender atingir requintes de sofisticação, por vezes artificiais e até contraproducentes.

A crise do petróleo e a recente escassez de artigos básicos, como o papel, por exemplo, terão tido pelo menos o mérito de nos fazer atentar para o ridículo não raro criminoso do desperdício.

Por intuição e convicção não compreendo o desperdício, no que estou em boa companhia, pois o Código Civil inclui os pródigos entre as pessoas relativamente incapazes. O esbanjamento de recursos públicos ou coletivos é mais grave ainda.

Por isso tenho presentes as inestimáveis lições da Filosofia da escola pobre, conferência do Prof. José Reis, reproduzida em seu livro *Educação é investimento*. Depois de arrolar alguns exemplos de gastos desnecessários ou excessivos, sugerindo maneiras de evitá-los, o conhecido educador conclui:

"Para terminar, queremos lembrar que muitas outras sugestões se poderiam fazer a respeito da filosofia da escola pobre, que não significa a escola abandonada e sem recursos, mas a escola orientada por um princípio de poupança e boa administração, para que o dinheiro da coletividade seja mais bem aplicado nesse máximo investimento que é cada criança, cada jovem, cada adulto que estuda. País pobre, escola pobre. Recursos estritamente necessários. Para atender ao máximo, a todos se possível."

O que o Prof. J. Reis sustenta aí sobre educação se aplica perfeitamente à medicina social. Talvez melhor até.

Quando, certa feita, ouvi o Sen. Jarbas Passarinho, então ministro da Educação e Cultura, afirmar que em algumas regiões conseguir que as parteiras lavassem bem as mãos já seria muito, fiquei meio dividido entre o sentido do que ele dizia e o brilho de sua maneira de dizer. Mas registrei com interesse a observação, a meu ver irretorquível.

Compreendi melhor o que ele queria expressar quando, pouco depois, lendo uma pequena biografia de Inácio Semmelweis, o benemérito e inditoso obstetra húngaro do século passado, verifiquei que ele se tornou um mártir da medicina lutando por pouco mais que isso.

Complementando o tópico anterior, não posso deixar de retornar a um assunto que muitos aqui conhecem ou não tardarão a conhecer melhor que eu.

Refiro-me, insistindo no tema da escassez de pessoal paramédico entre nós, aos *médicos descalços* e aos *médicos operários*, da China, sobre os quais são freqüentes os comentários entusiásticos. E, nas leituras que andei

fazendo para não decepcionar de todo os que me convidaram para pronunciar esta palestra encontrei referências otimistas, inclusive de visitantes norte-americanos, aos *feldschers* russos, até certo ponto equivalentes aos profissionais chineses que prestam, sem serem médicos, determinados serviços clínicos mais necessários.

Procurando inteirar-me, através da bibliografia ainda escassa e nem sempre acessível, do que se passa na China, país enorme e de imensa população, vislumbro ali, no chamado setor saúde, alguns aspectos dignos de interesse, a começar pela realista utilização do pessoal paramédico.

Tenho bem presente, é óbvio, a observação do Dr. Milo D. Leavitt no prefácio do livro *Medicina e saúde pública na República Popular da China*, preparado pelo Dr. Joseph R. Quinn. Diz o prefaciador: “Embora a doença, a pobreza e a fome não conheçam limites nacionais, políticos ou geográficos, as tentativas de solução desses problemas se baseiam claramente em sistemas econômicos e políticos diferentes.”

Lembro-me também de já ter lido que as características do sistema de saúde de um país constituem indicadores bastante seguros de seus objetivos sociais e econômicos. Essa lembrança me evocou uma observação muito parecida, que acabei localizando de novo: civilização é algo difícil de definir, mas o grau de civilização de um povo pode ser aferido pela atenção que ele dedica à maternidade e à infância.

Quem assim afirma é Manoel de Abreu Campanário, no livro *A medicina no interior*, publicado em 1936 mas bastante atual ainda, pela objetiva lucidez com que foi escrito, embora seu autor fosse então um médico com poucos anos de formado. Se essa obra puder ser reeditada — e aqui fica a sugestão — estou certo de que voltará a ser lida com o mesmo interesse que a primeira edição despertou.

Outra das principais razões do êxito dos chineses no campo da saúde parece ser a participação entusiástica da comunidade, dentro da verdadeira mística que hoje envolve, segundo as notícias que de lá nos chegam, tudo quanto se situe nessa crucial área. No tocante à responsabilidade comunitária pela saúde pública e assistência médica, recordo-me de que o Prof. Adolfo Valente, de Pernambuco, sustentou essa mesma tese em trabalho apresentado por ocasião da mencionada mesa-redonda do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas e do Conselho Federal de Medicina sobre Assistência médica e sociedade.

Voltando ao pessoal auxiliar, reproduzo a seguir esta impressão de Charles Flato, que após um mês e meio na China escreveu uma série de artigos para o órgão oficial da Associação Norte-americana de Saúde Pública (o trecho a seguir apareceu no número de novembro de 1972):

“Uma característica notável e única do sistema de assistência médica da República Popular da China é a enorme quantidade de pessoal paramédico nele envolvido, muito maior do que em qualquer país ocidental. Seu recrutamento e treinamento, além do mais, são altamente inovadores.”

Ainda segundo Flato, no mesmo artigo, os chineses acreditam firmemente na verdade, lembrada antes, de que “um grama de prevenção vale mais que um quilo de cura”. A esse respeito ele observa:

“Transferiu-se a ênfase dos aspectos curativos da medicina para os de caráter preventivo. Os exames médicos completos são proporcionados em forma rotineira e as pessoas são instadas, logo que se sentem doentes, a comparecer às clínicas médicas, localizadas nas vizinhanças de suas moradias, nas fábricas e nas fazendas”.

Acreditando haver oferecido suficientes elementos em abono da afirmação básica de que caminhamos com firmeza no rumo da medicina social, peço permissão para acrescentar algumas palavras talvez mais próprias para um discurso de paraninfo do que para a abertura do ano letivo.

Nasci e me criei, como se costuma dizer, num clima de grande respeito pelos médicos em geral, jamais abalado pela história negativa de raros profissionais menos dignos dessa consideração.

Hoje, no entanto, noto com alarma uma viragem dos climas, para usar a bonita imagem de Guimarães Rosa, e vejo o médico bem distante do prestígio de que desfrutava na minha infância e juventude.

Sem pretender indagar até onde se justifica essa radical mudança, tenho para mim que a ninguém ela aproveita. Ao contrário, parece fora de dúvida que todos perdemos com ela.

Daí minha convicção de que se torna imperioso recolocar o médico na posição que lhe deve caber na sociedade. É óbvio que não me refiro à posição de mando ou de fortuna, mas sim à posição moral.

Deslocando-me de um terreno subjetivo que poderia tornar-se lírico, acredito que essa necessidade ofereça inclusive aspectos psicológicos que cumpre levar em conta, podendo ter até mesmo implicações psicossomáticas.

Por outras palavras, entendo que deformada a imagem do médico pela má impressão ante a atitude de alguns profissionais nada representativos deixam de existir entre ele e o cliente aqueles elos psicológicos e não raro sentimentais indispensáveis à cura, quando não ao próprio diagnóstico.

O restabelecimento do conceito do médico é imperioso e urgente, e a questão aqui talvez não passe de um mal entendido, se assim se pode chamar a negativa tendência do ser humano para o comodismo das generalizações, até mesmo as menos racionais.

Como em geral acontece em situações semelhantes, só nos resta esperar que as novas gerações, no caso os médicos jovens e seus futuros colegas, corrijam os erros que não soubemos ou não conseguimos corrigir, resolvendo os problemas que não fomos capazes de resolver.

Já afirmei minha convicção de que, apesar das estatísticas em contrário, o futuro médico em geral não se limita a escolher uma profissão, mas quase sempre segue também uma vocação.

Dentro da mesma linha de pensamento, e falando agora mais diretamente aos estudantes desta faculdade, gostaria de lembrar-lhes a antiga verdade de que a vocação conta mais que a profissão.

Deve ter sido um poeta, e não apenas um filósofo, o autor desta súpula da sabedoria humana: “Ter êxito é conseguir o que desejamos; ser feliz é desejar o que conseguimos.”