

O cirurgião acadêmico¹

William Saad Hossne²

A análise da literatura revela crescente preocupação com os aspectos acadêmicos em todas as áreas da medicina, com ênfase maior, porém, na área da cirurgia. O número de publicações nessa área é maior, existindo, inclusive, há 35 anos, nos EUA, uma sociedade específica, a Association for Academic Surgery (A.A.S.). Não consegui saber se há sociedade semelhante para outras áreas da medicina.

Existe alguma razão, para este quadro? Não sei – Podem ser aventadas algumas hipóteses. Seria a área cirúrgica mais problemática no campo acadêmico? Estariam os cirurgiões mais preocupados com a questão? Estaria o campo da cirurgia necessitando se firmar melhor no campo acadêmico?

Quando se analisam as publicações referentes à cirurgia acadêmica, sofre-se um impacto. O título das publicações é instigante. Assim, CONTER (1988) dá à sua mensagem presidencial da abertura do Congresso (da A.A.S.) o seguinte título, sob forma de interrogação. “The Death of Academic Surgery? (Morte da Cirurgia Acadêmica?)”

Diz que é chegado o tempo de se admitir que, embora, a aparência seja sadia, resta uma “malignidade” que continua a crescer e que ameaça a própria existência da cirurgia acadêmica.

Em seu artigo, conclama os jovens cirurgiões a enfrentar o desafio; recorre ao conto de Alice no país das maravilhas para equacionar a questão: se você não sabe para onde está se dirigindo não faz diferença o caminho por onde você está indo. Pode não ter feito diferença para Alice, mas aqui não se trata de um conto de fadas. Isto deve fazer diferença para nós.

Em 2001 LEVAL, na Inglaterra publica artigo com título também instigante: “From art to Science: A FAIRY TALE? The future of Academic Surgery”. (Da arte à ciência: Um conto de fadas? O futuro da Cirurgia Acadêmica). O autor não responde à pergunta. Nem eu, mas vou meter minha colher, indiretamente, mais adiante.

Já em 2000, a mensagem presidencial (Association for Academic Surgery) de BERGER tem um título também instigante: The Association for Academic Surgery, an Idea Whose time has come? (Associação de Cirurgia Acadêmica: uma idéia cujo tempo chegou?)

Outros artigos trazem em seu título a expressão “desafios à cirurgia acadêmica” (BLAND – 2000, FISHER – 2000, GADACZ – 2000, GREENFIELD – 2000) ou colocam outras indagações, como por exemplo, AHREN – 1996, na Suécia: Academic Surgery in Crisis? A Worldwide Phenomenon?. (Cirurgia Acadêmica em crise? Um fenômeno mundial?)

O título de alguns artigos nos tira do terreno das fábulas e nos leva a mitologia. Assim, AUST – 2001 dá à sua mensagem presidencial (Annual Meeting of the Southern Surgical Association – 2000) o título “Odyssey of na acadenic Surgeon” (Odisséia de um cirurgião acadêmico).

Conto de fadas? Crise? Morte? Desafios? É chegada a hora? Odisséia? O que isso está querendo sinalizar?

Em outra oportunidade (HOSSNE – 2000) manifestei um ponto de vista que invoco novamente aqui.

O ser humano tem por destino inexorável fazer perguntas e buscar respostas; a cada resposta, novas perguntas, mais complexas.

1 Aula Magna – 8º Congresso Nacional da SOBRADPEC – Cirurgia 2003, Maio – Belo Horizonte.

2 Prof. Emérito da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual de São Paulo (Unesp).

No mundo atual busca-se como resposta a “verdade científica”; quando não possível, elabora-se uma teoria ou uma hipótese à guisa de resposta para pergunta não respondida.

Quando nem isso é possível, apela-se para a semântica, utilizando-se expressões já existentes, agora com novo sentido, ou criando-se um neologismo.

O mesmo mecanismo é utilizado quando o ser humano “capta” uma situação nova, ainda difícil de caracterizar, mas que o angustia. Assim devem ter surgido expressões como “globalização”, “desenvolvimento”, “choque e pavor” (guerra do Iraque), que, depois de criadas vão buscar sua nova conceituação e ou caracterização.

Quando nem isso é possível, retorna-se a talvez um dos mais antigos mecanismos que o ser humano, no alvorecer de sua humanidade, utilizou. Apela-se para as lendas, as fábulas, os totens, os tabus, os fetiches, os mitos.

De certo modo creio que é isso que está acontecendo com a “cirurgia acadêmica”.

A angustia, suscitada por algo profundo, está buscando como válvula de escape esse tipo de mecanismo. Conto de fadas ou mito?

Há semelhanças entre os mitos e os contos de fadas; há, porém, diferenças inerentes.

Tomo emprestadas as palavras de BETTELHEIM – 1980.

“No mito, na aparência, existem alternativas, mas implica sempre numa opção já definida. “O conto de fadas nunca nos confronta diretamente, ou diz-nos francamente como devemos escolher “O sentimento dominante que um mito transmite é: isto é absolutamente singular, não poderia acontecer com nenhuma outra pessoa; os acontecimentos são grandiosos, inspiram admiração e não poderiam possivelmente acontecer a um mortal comum como você ou eu”.

Em contraste, embora as situações nos contos de fada sejam como frequência inusitadas e improváveis, são apresentadas como comuns, algo que poderia acontecer a você ou a mim”.

Uma diferença ainda mais significativa é o final; nos mitos, é quase sempre trágico enquanto é sempre feliz nos contos.

No mito podemos apreciar e sentir a grandiosidade, vibrar com acontecimentos épicos, mas podemos sucumbir à tragédia imbuída que o mito traz.

No conto de fadas (e também na fábula) precisamos não fugir da realidade, mas sabemos que há sempre um herói e uma fada madrinha com a qual podemos nos identificar para vencer a bruxa e o vilão e, sobretudo

podemos nos confortar com os acontecimentos pois no final “foram todos felizes para sempre”.

Conto de fadas, fabulas, mitos. E a cirurgia acadêmica com isso tudo?

Creio que isso tudo está indicando a existência de uma “angustia” profunda e está também sinalizando para a necessidade de enfrentá-la e compreendê-la.

Julgo que vivemos um momento que está a exigir de um lado a elaboração dessa angústia, explorando sua gênese e sua fisiopatologia, e de outro lado, criatividade, para traçar novos rumos e paradigmas, com humildade, honestidade e serenidade, mas sem medo e sem amarras.

Não será desta palestra, principalmente porque me falta competência, “engenho e arte” para tanto, que sairão os rumos.

Acresce que essa tarefa é para muitos e exige profunda reflexão e maturação para ser executada.

Contudo, penso que um primeiro passo para tal tarefa seja o de desenhar um pano de fundo que não se perca em detalhes, mas que contemple alguns tópicos que devem vir desde a origem da Academia, chegando aos dias de hoje. Não há espaço para abordar todos os tópicos e nem esgotá-los em seu conteúdo. Escolhi alguns e dentro deles, algumas características.

Quando falamos de cirurgia acadêmica, na verdade estamos juntando quatro grandes componentes: a academia, a cirurgia, o médico e o paciente.

A academia tem seu nascimento ligado à mitologia.

Em 387 a.C. Platão funda uma escola de investigação científica e filosófica, em Atenas, num local arborizado e banhado por fontes, o Jardim consagrado ao herói grego Akademos; daí o nome de Academia. Akademos virou herói por ter revelado o esconderijo de Helena raptada.

A Academia durou cerca de 1 000 anos (fechada por Justiniano) em 525.

De acordo com os historiadores da ciência, a maior contribuição da Academia foi ter servido de modelo para a instituição que veio a ser criada cerca de 18 séculos depois – a Universidade.

A Universidade também teve inspiração no Liceu, escola fundada por Aristóteles em 335 a.C. Aqui também há uma ligação mitológica, pois o nome Liceu se deve ao fato da escola ter sido fundada no bosque consagrado a Apolo Liceios.

A Academia, de Platão, ensinava a pensar, a buscar o conhecimento do “verdadeiro, do bom e do belo”. (Bernal, 1969), por si mesmo, sem motivações ulteriores”.

Já Aristóteles, no Liceu, era mais um lógico e um cientista que um filósofo moral; suas maiores contribuições deram-se na lógica, na física, na biologia, além das ciências humanas. Por isso, o Liceu é invocado, por alguns, como germe e o embrião dos Institutos de Pesquisa.

As primeiras Universidades que surgiram no século XIII (Universidade de Paris, Universidade de Bolonha, Universidade de Oxford), cerca de 16 séculos após a escola de Platão, incorporaram muito do espírito da Academia e parte do espírito do Liceu.

Não é o momento de proceder à análise histórica da Universidade, mas vale a pena assinalar a) o caráter de corporação que ela assumiu desde a sua criação, b) a luta pela sua autonomia e c) a inspiração na Dialética, nos moldes de Pierre Abélard (talvez o primeiro professor universitário e intelectual surgido antes da Universidade; vale lembrar que a vida de Abélard tem também componentes de tragédia grega).

No pórtico de entrada na Academia, Platão escreveu a frase “Que não entre aqui ninguém que não saiba matemática”. Apesar disso, na Universidade de então, a ciência, tal como a entendemos hoje, não existia.

Considera-se, como marco referencial do nascimento da ciência e do método científico, Galileu no século XVI; para alguns, seria Leonardo Da Vinci. Neste aspecto sou mais Galileu que Da Vinci.

Galileu é um o marco não só pelas suas descobertas e invenções, mas pela sua postura ao afirmar que a verdade dos fatos deveria ser buscada na observação e na experimentação. Nasceram assim as ciências experimentais das quais derivaram, acredita-se, os outros ramos da ciência.

No século seguinte, séc. XVII, o eixo da ciência se desloca para a Inglaterra com Newton e no século XVIII para a França com o iluminismo.

A chamada “Revolução científica”, iniciada com Galileu, graças aos avanços científicos progressivos, se configura e se consolida ao fim de 2 a 3 séculos.

Onde essa ciência se abrigou e se desenvolveu?

Não foi na Universidade, com seu componente da “Academia” no sentido platônico. A Universidade cometeu o equívoco de considerar tais atividades, as científicas, como de “2ª categoria”.

O berço e o lar dos cientistas foram as sociedades, a maioria fundada, aliás, com o nome de Academia.

As primeiras foram a Academia de Lincei (Roma, 1600–31), a Academia de Cimento (Florença, 1651–67), a Academie Royale de Paris, (1666), e a Royal Society (Inglaterra 1662).

Foi nas Academias e não nas Universidades que se abrigaram os avanços científicos e os “cientistas”.

Foi nesses espaços que atuaram Gassendi, Merssenne, Renaudot, Boyle, Hook, Newton.

Foram as Academias e não as Universidades que tornaram a ciência uma Instituição.

A propósito, cito Bernal quando diz que a palavra “cientista” é de uso recente.

Whewell a teria usado, pela primeira vez, em 1840, no seu livro “Filosofia das ciências indutivas”. “Precisamos urgentemente de um nome que descreva o cultor da ciência em geral; pessoalmente, inclino-me a chamá-lo cientista”. Veja-se novamente a semântica (o neologismo) como válvula de escape para “angústia”.

No início do século XIX, o peso e a importância da Revolução Científica e dos cientistas não podia mais ser ignorado ou menosprezado pelas Universidades.

Ocorre, então, a primeira transformação das Universidades. Na França se criam as grandes Escolas e as Escolas profissionalizantes; (Faculdades) na Inglaterra (Oxford) britânicamente, a entrada da ciência vai se fazendo gradualmente mas é na Alemanha que ocorre o fenômeno mais importante do ponto de vista que nos interessa. Na Alemanha (1809) é fundada a Universidade de Berlim, constando de seus estatutos a disposição, que vem marcando as Universidades contemporâneas, de indissociabilidade do ensino e da pesquisa.

As Universidades Norte Americanas, já no século XVIII e, sobretudo no século XIX, introduzem mais dois componentes importantes: o reconhecimento da profissão de pesquisador e a importância da prestação de serviço da Universidade à sociedade. Vale lembrar também que, dentro dessa linha, se institucionaliza (Universidade de John Hopkins., 2ª metade do século XVIII) a formação do pesquisador e do professor com a criação da Pós Graduação.

Assim, progressivamente se estabelece o famoso tripé da Universidade: ensino, pesquisa e prestação de serviços.

Pretendo tecer alguns comentários sobre este tripé mais adiante.

Neste contexto, quando acrescentamos ao cirurgião a qualificação de acadêmico, o que estamos querendo realmente dizer com acadêmico?

Acadêmico, segundo o dicionário Aurélio pode ter diferentes significados: pertencente, relativo ou próprio de Academia ou quando se refere a manifestação artística ou cultural de um convencionalismo estreito, hostil à qualquer inovação e em sentido figurado e depreciativo “bizantino”.

Quando se fala em Academia, de qual Academia se está falando? Da Academia no sentido platônico ou da Academia “Universidade”.

É interessante assinalar, também, que acadêmico pode se referir a luminares, a pessoas eméritas (Academia de Medicina) como pode se referir à estudante (acadêmico de medicina).

Essa dupla interpretação não é meramente fortuita – ela nos leva a intuir que a Academia deve reunir os velhos, os mais antigos, e os jovens, os mais novos.

Assim, creio que quando se fala de cirurgião acadêmico estamos falando de cirurgião que atua na Universidade, podendo ser jovem ou emérito, membro ou não de uma academia enquanto sociedade ou agremiação.

Assumida essa concepção de que cirurgião acadêmico é o cirurgião que pertence e ou atua em Universidade podemos passar a analisar o que se espera e o que está acontecendo com esse médico.

Assim sendo, cabe tecer algumas considerações sobre a evolução e o papel da Universidade, enquanto Academia, pois é dentro dessa estrutura que atua o cirurgião acadêmico.

A Universidade, instituição medieval que tem 900 anos, completará no Brasil, em 2004, 70 anos, se tomarmos como referência a criação da Universidade São Paulo.

Sou mais velho do que a Universidade Brasileira e certamente a maioria dos presentes é mais velha que a maioria das universidades brasileiras surgidas após a USP.

Em certo sentido somos o passado, o presente e o futuro da Universidade.

Nossa Universidade, ao ser criada, tomou basicamente, como modelo a Universidade Européia; muitos dos primeiros professores universitários eram europeus. Com eles veio o modelo calcado na cátedra vitalícia e na carreira acadêmica do doutorado e da livre docência. O modelo permitiu o estabelecimento de bases sólidas, ficando princípios de educação e de pesquisa, à época, que fizeram e fazem a força da USP.

A meu ver, ao final de cerca de 35 anos o modelo mostrou sinais de exaustão, exigindo retoques, reformulações e ou reformas adequadas às transformações sociais, culturais e técnico-científicas.

Assim, na segunda metade dos anos 60, algumas lideranças desencadearam um processo de análise crítica com vistas à renovação.

Coincidentemente, nesse momento, no mundo todo iniciou-se um processo de questionamento e contestação de várias estruturas institucionais: sistemas

políticos, sociais, governo, forças armadas, igreja, universidade; símbolo emblemático do fenômeno foi o movimento estudantil de 1968.

Atropelado pelos acontecimentos, enfrentando forças conservadoras, o processo de análise crítica da Universidade sofreu um impacto. Paradoxalmente, juntaram-se forças renovadoras e conservadoras, bloqueando, de certa forma, o aprofundamento amadurecido de análise.

As forças renovadoras desejavam a mudança da estrutura o mais rapidamente possível, sobretudo no que dizia respeito à figura da cátedra vitalícia.

De outro lado, as forças conservadoras, temerosas quanto à possibilidade de mudanças mais profundas, cooptaram os renovadores.

Nessa luta, que acabou centrada principalmente na estruturação do poder, se fez a chamada reforma da Universidade, de 1968.

Copiou-se, então, parcialmente, o modelo norteamericano de Universidade, sem o devido equacionamento e sem a devida incorporação conceitual e filosófica do sistema.

Extinguiram-se, é verdade, as cátedras, estabeleceu-se a figura de Departamento.

Sem dúvida, democratizou-se, parcialmente, a dinâmica do poder.

Acabou-se, porém, com a responsabilidade do catedrático de estruturar e formar escola.

Buscou-se, contudo, dar maior liberdade aos jovens, não mais submetidos à vontade superior e frequentemente despótica do catedrático. O docente passou a prestar contas ao Departamento, na figura do colegiado (Conselho de Departamento). Defendeu-se a idéia de junção e de integração de áreas (antigas cátedras e novas disciplinas). A integração seria uma forma salutar de intercâmbio de idéias, de planos e de ações inovadoras.

Em algumas Universidades, o Departamento virou a super cátedra; em outras, a integração desejada não progrediu – antes, houve fragmentação, separação e cizânia na esfera das antigas cátedras.

Departamentos foram criados ao sabor das lutas de grupos e de poder, variando de instituição para instituição. Antigas disciplinas se tornaram departamentos, cátedras se tornaram disciplinas ou foram absorvidas por outras. Não são raros os casos de Departamentos esdrúxulos, até no nome e na composição.

A reforma, porém, teve o mérito de ocasionar um abalo na acomodação.

Após 20 anos, o novo modelo começou a apresentar sinais de desgaste e de exaustão. Problemáticas antigas, sufocadas pela reforma, bem como novas problemáticas afloram e angustiam. Não há agora outro modelo a copiar, mesmo porque a instituição universidade vem passando por situações semelhantes no mundo todo.

Acresce que, no país, se dispõe de massa crítica suficiente e capaz e que deseja um novo modelo, a ser criado.

O novo modelo (ou modelos) deverá ser criado e é justamente nessa fase que nos encontramos e onde a atuação do cirurgião acadêmico é de fundamental importância.

De acordo com historiadores e sociólogos, estaríamos na véspera das grandes transformações culturais, sociais e institucionais. Os indicadores que precederam as grandes transformações na história da humanidade se tornariam evidentes 30 a 50 anos antes da transformação propriamente dita e tais indicadores (desemprego, delinquência juvenil, aumento da violência, inflação sem explicação, consumismo), vem se evidenciando a partir da década de 80.

A necessidade de mudanças se torna clara. Paradoxalmente, quanto mais se percebe a necessidade de mudanças, mais a maioria (medíocre), com receio de perda de qualquer natureza, procura manter o status quo – continuismo da mediocridade.

Por isso, segundo a mensagem do historiador Toynbee, a esperança deve repousar numa minoria criativa, (sobretudo na esfera acadêmica), que poderá vir a traçar os novos rumos, quiçá, dentro de novos paradigmas.

Nunca foi tão importante como agora criar mecanismos e processos que permitam selecionar, proteger e aprovar os acadêmicos criativos.

Torna-se imprescindível uma análise crítica da sistemática de seleção de docentes para a Universidade, no caso, do cirurgião acadêmico.

O cirurgião

Após as considerações sobre um dos componentes do nosso tema, qual seja o componente “Academia” passemos as considerações do outro componente – O cirurgião.

Classicamente, consideram-se como requisitos, exigências, características, atividades ou atribuições (conforme o ponto de vista que se adote), ou melhor, talvez, responsabilidades do cirurgião acadêmico, o seu desempenho em três atividades da Universidade: prática clínica profissional (prestação de serviço ou extensão),

pesquisa e ensino (prefiro, educação). Alguns autores incluem também a administração.

Há um ponto fundamental nas atividades acadêmicas, sejam elas de ensino, de prática profissional, de pesquisa ou de administração que sempre deve ser ressaltado: O cirurgião acadêmico vai treinar e formar as futuras gerações; assim, é indispensável que os jovens contem com os mais talentosos como seus mestres e modelos, de um lado, e de outro, o cirurgião acadêmico deve ter sempre em mente que suas ações atingem as futuras gerações, que serão formadas pelos seus discípulos.

Prática clínica profissional

Leval (2001) indaga se o cirurgião acadêmico deve se superar como cirurgião (o profissional, o prático) ou como acadêmico (o teórico, o intelectual).

Nesse sentido, um cirurgião acadêmico, para Leval (2001) seria uma antinomia, entendendo-se, por antinomia uma contradição ou conflito entre duas leis ou princípios; uma oposição recíproca.

Não creio que seja uma situação de antinomia ou de uma aporia (dificuldade insolúvel).

Trata-se, a meu ver de uma falsa antinomia.

O cirurgião acadêmico deve se superar tanto como médico, como acadêmico. No cirurgião acadêmico ambas as facetas devem coexistir e interagir.

A academia leia-se os Hospitais Universitários e de Ensino em geral, recebem os casos mais graves e mais complicados, por definição. Os hospitais da academia devem formar e bem os futuros cirurgiões. Espera-se, também, sempre contribuição no sentido de aperfeiçoamento e melhoria das práticas cirúrgicas, tanto no aspecto clínico como operatório.

Basta este elenco para demonstrar que a Academia deve selecionar os cirurgiões mais competentes profissionalmente para o desempenho de tais atividades, como assinala LEVAL, (2001).

O cirurgião acadêmico deve sempre ter presente que, antes de mais nada, ele é médico, com toda a gama de atividades e de compromissos que tal situação acarreta.

O cirurgião acadêmico, como médico, não pode se esquecer que “o alvo de toda a atenção é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”, como estipulado em nosso Código de Ética Médica.

Todo ato médico exige um relacionamento humano – a relação médico-paciente – e o cirurgião acadêmico não tem o direito de descuidar desse aspecto essencial.

Não cabe aqui discutir os profundos aspectos emocionais que envolvem a relação médico paciente, mas cabe enfatizar que, no caso de tratamento cirúrgico, se somam várias outras ansiedades, como a anestesia, “os acidentes” e a própria cirurgia como ato de agressão à nossa integridade.

Infelizmente, na cirurgia acadêmica, nem sempre esses aspectos são considerados. Aliás a relação médico-paciente, componente essencial do ato médico, não raramente é negligenciada.

Não é raro o doente ser operado sem saber quem o operou ou até do que foi operado.

Entre o cirurgião acadêmico e o paciente se interpõem outros agentes, como estagiários, estudantes, residentes.

É verdade que os doentes de um modo geral, nos serviços médicos da Academia, nem sempre têm outra opção e daí não terem nem condição de conhecer, que dirá de escolher (a velha livre escolha da medicina liberal) o seu médico. Acresce que, a cada dia, os pacientes procuram mais a instituição, graças a seu prestígio, do que o próprio médico, como indivíduo.

Há que se reconhecer que a própria estrutura de ensino e aprendizagem da instituição leva ao distanciamento do cirurgião acadêmico do paciente. Nos serviços universitários, parte do que se esperaria do cirurgião acadêmico passa a ser exercida pelo residente-chefe. Se assim é, isso não exime o cirurgião acadêmico da sua responsabilidade, junto ao residente. Tal responsabilidade se desenvolverá através de sistemas pré-estabelecidos de controle e de acompanhamento e, sobretudo, por atos, atitudes e exemplos de comportamento.

O cirurgião acadêmico jamais pode perder o senso crítico de equilíbrio e de comportamento ético nas suas atividades cotidianas; ele, queira ou não, é um exemplo que pode ser imitado.

O cirurgião acadêmico, médico antes de mais nada, tem que ser bom cirurgião, no sentido de indicar, realizar, conduzir, orientar o ato cirúrgico, da forma mais adequada.

Operar bem, dominar técnica e tática cirúrgica é uma obrigação.

Quem não é capaz disso não pode ser cirurgião, nem no sentido profissional, nem no sentido acadêmico.

Fenômeno preocupante que vem sendo referido, ainda que em pequenos grupos, diz respeito ao cirurgião acadêmico que, ao final de alguns anos, estando com seu emprego assegurado, não “gosta mais de operar”; aliás, se assinala igual fenômeno em diversas áreas clínicas, onde clínico não gosta mais de ver doente e

até professor que não gosta de ensinar. Anestesiista que não gosta de dar anestesia.

Creio que estes aspectos devem ser analisados em seus diversos aspectos, desde a sua gênese até sua eventual correção. Esta análise pressupõe um exame das relações entre o cirurgião e a academia.

Educação

Seja como atividade da Academia ou como atividade do cirurgião acadêmico, creio que o termo mais adequado é educação e não ensino. O ensino é parte da educação, pois os compromissos da Universidade e do cirurgião acadêmico são no sentido de formação.

A palavra educação vem de, “ex ducere” (guiar), isto é, “guiar para fora”. “para diante”.

A educação, neste sentido mais profundo, está a indicar que o compromisso é o de formar o indivíduo de tal forma que ele possa se superar, abrindo horizontes.

O cirurgião acadêmico tem como responsabilidade ensinar o que se deve saber, treinar o que deve ser exercido com habilidade, propiciar o desenvolvimento das potencialidades humanas e universitárias do aprendiz, criar e desenvolver condições para que a formação possa ser cada vez mais aperfeiçoada. O cirurgião deve desenvolver no seu discípulo a “filotécnia” (amor à técnica enquanto processo produtivo), a filantropia (amizade pelo ser humano).

Em termos de conhecimentos e informações deve-se analisar o que ensinar e como ensinar.

Nosso tema não é o ensino da cirurgia e sim a atuação do cirurgião acadêmico nesse processo.

O que ensinar, peça elementar do processo, nem sempre recebe a devida atenção. Os programas curriculares e as ementas nem sempre correspondem ao que se deveria ensinar e nem mesmo ao que é efetivamente ensinado.

Criação de disciplinas, e de carga horária, estruturação da grade curricular, nem sempre são elementos planejados visando efetivamente o ensino e a aprendizagem.

Interesses outros, de natureza diversa, frequentemente sobrepujam os reais interesses e, o mais grave, é que a camuflagem é bem feita.

Temas repetidos, deslocados, não integrados no processo curricular efetivo, não é um fenômeno de ocorrência rara.

A formação básica, geral, do futuro médico e do futuro cirurgião é a que menos recebe atenção, não raras vezes.

O ensino baseado em problemas, a medicina baseada em evidências, o sistema de tutoria são todas tentativas que merecem acolhida sem perda de análise crítica, tanto para as condições da sua aplicabilidade, como para a capacidade e competência dos atores envolvidos.

Os colegiados de curso, com representações das diversas disciplinas, infelizmente, nem sempre conseguem atingir as finalidades que levaram à sua constituição, seja por falta de preparo, seja por falta de poder para as devidas medidas.

O cirurgião acadêmico deve fazer valer sua opinião, integrando-se no processo, de forma serena e equilibrada.

Quanto ao que ensinar assiste-se, em muitas escolas médicas, a um fenômeno, até certo ponto, paradoxal.

Reconhecem os educadores, os profissionais da saúde, as sociedades científicas, os planejadores da política universitária e de política de saúde e também o próprio leigo, a importância da formação geral do médico e do cirurgião. Nunca, no mundo todo e, em particular em nosso país, se falou tanto da importância do clínico geral e, por extensão, do cirurgião geral.

No entanto, a exceção de algumas atitudes advindas, principalmente, da política de atendimento à saúde, a formação geral não tem recebido a devida atenção e reconhecimento. Praticamente, sumiu o cirurgião geral. A evolução dos conhecimentos, as transformações tecnológicas, sociais e culturais podem ter contribuído para o desaparecimento do cirurgião geral, substituído por diversos especialistas, frente às novas exigências técnico-científicas. É até compreensível. O que não é aceitável é que desapareça a formação geral do médico comum e do especialista em particular.

Alguém – e o cirurgião acadêmico de qualquer especialidade – deve cuidar dessa formação.

Mais do que nunca nos dias de hoje, deve-se não só transmitir conhecimentos e informações doutrinárias referentes às disciplinas ministradas, como ensinar a aprender.

O avanço do conhecimento em geral e, na medicina em particular, vem sendo tão rápido que livros texto e tratados, às vezes, já nascem parcial ou totalmente obsoletos.

Por outro lado, a tecnologia da comunicação tornou possível a obtenção imediata de informações e dados.

A medicina evoluiu nos últimos 50 anos mais do que em muitos séculos.

A chamada revolução científica, já referida, fez com que a medicina somasse à sua condição de arte ou técnica o status de ciência médica.

Se a 1ª revolução científica se processou ao longo de 2 a 3 séculos, a soma de avanços no século XX foi tão extraordinária que propiciou, a meu ver, 4 revoluções em um único século.

Na primeira metade do século XX ocorreu a revolução atômica, que nos deu a bomba atômica, mas também a energia nuclear, a medicina nuclear, a ressonância nuclear magnética.

A partir da década de 50 se iniciou, com a dupla hélice do D.N.A., a revolução molecular que já nos deu a fertilização *in vitro*, o sequenciamento do genoma humano, a clonagem, a terapia gênica e, esperamos que não nos dê uma “bomba molecular”.

Nos últimos 20 anos tivemos a revolução espacial com as viagens espaciais, surgindo a ciência e a medicina espacial e a revolução da comunicação e da informação, tendo como símbolo emblemático, a Internet e a telecomunicação.

No campo específico da cirurgia, se desenvolveram a Videocirurgia, a Robótica aplicada à cirurgia, a cirurgia nanotecnológica, o controle da rejeição imunológica, entre outras conquistas.

Assim, o que ensinar passou a ser: ensinar suficientemente bem para poder aprender constantemente, utilizando as novas tecnologias. Não dá mais para insistir no sistema arcaico de simples aquisição de conhecimento momentâneo, sem olhar para o futuro.

Quanto ao como ensinar, dispõe hoje o cirurgião acadêmico de vários recursos audiovisuais e conta, também, com o apoio de especialistas em pedagogia e didática.

Creio, porém, que o fundamental é ter vontade, paixão, de ensinar.

Os recursos são meios, que devem estar a serviço da vontade de ensinar. Os recursos podem faltar mas a vontade, não.

O processo de formação inclui necessariamente uma etapa de treinamento, tanto na parte clínica como na parte operatória.

Esta etapa se desenvolve na fase de residência e deve envolver o cirurgião acadêmico e o futuro cirurgião, quer venha a ser acadêmico ou não.

Dois pontos, entre outros, merecem destaque: 1) atenção cuidadosa para corrigir defeitos ou vícios básicos de técnica e de tática e 2) cuidado para controlar os efeitos negativos que acompanham a curva de aprendizagem.

O futuro cirurgião está aprendendo e desenvolvendo suas habilidades e este é um processo evolutivo, sujeito a acidentes e incidentes.

Não é eticamente sustentável que a curva de aprendizado traga conseqüências de nenhum tipo para o paciente.

É aí que o cirurgião acadêmico tem a grande responsabilidade de supervisionar e avaliar o que pode e o que não pode ser delegado à equipe sob sua tutela – o que não pode acontecer é o ato cirúrgico ser conduzido por equipe não suficientemente preparada.

O desenvolvimento de habilidades e o domínio da técnica devem ser realizados em laboratórios, seja em cadáver seja em animais de laboratório.

A disciplina de técnica operatória, que não deve ser confundida com a de cirurgia experimental, embora seja parte dela, tem sido relegada, a segundo plano. Contudo é aí que o futuro cirurgião seja acadêmico ou não, deve realizar seus primeiros treinamentos e não no paciente.

Pesquisa

Não existe cirurgia acadêmica sem compromisso com a pesquisa.

Da clássica “pesquisa clínica” baseada em casuística dos serviços acadêmicos, progressivamente se diversificaram os enfoques.

Continuam tendo validade os levantamentos retrospectivos, com o objetivo básico de avaliar a qualidade das atividades do serviço, servindo de monitoramento e vigilância de resultados.

Até cerca de 40-50 anos atrás, a quase totalidade das publicações estava centrada nesse tipo de pesquisa, acrescido, em alguns centros, da descrição de pequenas inovações e ou modificações de técnica e ou tática operatória.

A seguir, os cirurgiões, principalmente os interessados em fisiopatologia cirúrgica, buscaram os laboratórios de áreas básicas, principalmente de fisiologia, de anatomia patológica, de microbiologia e bioquímica.

Com esta vivência, alguns cirurgiões acadêmicos procuraram, a seguir, criar condições de pesquisa em laboratórios vinculados diretamente à cátedra ou Departamento de Cirurgia. O “locus” privilegiado seria a área da Disciplina (ou cátedra) denominada Técnica Operatória e Cirurgia Experimental.

Na realidade, à época e até hoje em várias escolas médicas, a Cirurgia Experimental estava praticamente restrita a treinamento de técnicas e habilidades, realizada em animais.

Poucos centros no Brasil adotaram a visão de que Cirurgia Experimental é muito mais do que isso.

Um dos primeiros centros a implementar essa filosofia foi o Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Botucatu. Já em 1975, com a experiência adquirida, tornou-se possível instalar, devidamente credenciado, o Curso de Pós Graduação em Cirurgia Experimental; foi o primeiro e hoje o único curso com tais características no país. Já foram defendidas 210 teses (entre mestrado e doutorado).

As pesquisas na área da cirurgia experimental tiveram o grande mérito de levar para a investigação várias questões suscitadas a partir da vivência e da experiência clínica.

Desnecessário assinalar as valiosas contribuições derivadas da Cirurgia Experimental, no campo da metodologia, da imunologia, dos aperfeiçoamentos técnicos, da fisiopatologia, dos transplantes, e em vários outros campos.

Um aspecto daí derivado, de importância fundamental para a cirurgia acadêmica, foi o da educação e formação em metodologia científica.

Implantou-se uma nova sistemática de rigor científico, os cirurgiões aprenderam a fazer delimitação, familiarizando-se inclusive com os princípios básicos da estatística.

O importante nem sempre era o resultado da pesquisa em si – mas o que a execução do projeto de pesquisa trazia para a formação crítica e científica do cirurgião e, o mais importante, transposto para a prática clínica e para a avaliação das próprias publicações científicas.

Dos animais de médio porte (cão mais frequentemente e porco) progressivamente passou-se, por razões de economia e de facilidade de obtenção, manuseio e manutenção, para animais de porte menor (rato, camundongo, cobaia, hamster). A experiência que se foi acumulando trouxe uma valiosa contribuição: ficou evidenciada a importância e a necessidade de se conhecer as características biológicas de cada espécie animal de modo a se poder considerá-la como a mais indicada para o modelo experimental, em estudo.

Assim, por exemplo, ficou evidenciado que, para estudos de eletromanometria de esôfago, o gambá seria o animal mais indicado (já que não temos o marsupial canguru, que vinha sendo indicado pela literatura) e não o cão, devido às características anatômicas (musculatura) do esôfago do homem, do cão e do gambá.

Da mesma forma ficou evidenciada a necessidade de controle do “fotoperiodismo” do rato e do camundongo na avaliação do tempo efetivo de jejum, nas dosagens bioquímicas.

Atualmente, o foco se desloca dos animais de menor porte para as células e para moléculas. O avanço

da biologia molecular, com as possíveis implicações no campo da investigação cirúrgica, polariza hoje a atenção.

E, assim, duas conseqüências ocorrem: ou a volta dos cirurgiões aos laboratórios de ciências básicas ou a vinda dos pesquisadores de área básica para os centros de cirurgia acadêmica.

Os cirurgiões acadêmicos e, sobretudo a Academia (como Instituição) devem ter plena consciência desses novos horizontes.

O novo enfoque das pesquisas é bem ilustrado por Kurzweil, (2003) no artigo (Folha de São Paulo), denominado Ser Humano – versão 2.0. Diz ele que em algumas décadas a palavra chave será “Nanorrobô – robos do tamanho de uma hemácia, que se incumbirão de todas as atividades do corpo humano, quando nele introduzidos. Substituirão até o trabalho dos cirurgiões: injetarão e destruirão tumores diretamente, tornando desnecessário o trabalho dos cirurgiões.

Os cirurgiões têm ainda seu emprego garantido, pois a previsão do uso dos nanorrobos está prevista para 2020.

Enquanto isso, nova linha de atuação investigativa começa a ganhar a atenção e o trabalho de alguns cirurgiões acadêmicos: os “clinical trials” em patologia cirúrgica.

Iniciado, sobretudo no campo da clínica médica, progressivamente este tipo de pesquisa chega à área cirúrgica sob a forma, em geral, de estudos multicêntricos.

A todos os aspectos éticos envolvidos nos ensaios clínicos na área da clínica, junta-se mais um em certas situações do campo da cirurgia – o placebo, no caso a cirurgia fictícia.

No Brasil, embora eu seja suspeito ao fazer tal afirmação, dispõe-se hoje de diretrizes éticas na pesquisa envolvendo seres humanos, consideradas das mais completas.

Há cerca de 30 anos atrás, preocupado com os deslizes éticos nas pesquisas na área cirúrgica, Spodick, (1975) lamentava o fato de não haver uma “F.D.A.” para o cirurgião.

E, de fato, até hoje não há, em vários países.

Mas no Brasil existe um mecanismo – é justamente a Resolução 196/96, que não é de vigilância sanitária (com os documentos da F.D.A., em grande parte), mas sim de essência bioética.

A questão ética na pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96) não impede nenhum ato de criatividade ou de inovação, mas estabelece diretrizes

que visam proteger a dignidade do ser humano, seja ele sujeito da pesquisa, seja ele pesquisador.

A cada dia surgem novas e importantes contribuições das pesquisas em diferentes áreas – sobretudo básicas; são contribuições específicas e por isso são “fragmentos”. É necessário, como diz Leval, (2001) que existam pesquisadores capazes de integrar esses esforços multidisciplinares, eu diria, um maestro capaz de juntar notas e instrumentos, alguém capaz de transladar os avanços básicos, fragmentários, em progressos clínicos.

Interação – Academia – Cirurgião

Os estatutos de quase todas as Universidades, enquanto Academias, estabelecem como finalidades o ensino, a pesquisa e a prestação de serviços à sociedade.

Conforme apontado, nos parece mais adequado falar-se em educação (ao invés de ensino), pesquisa e extensão da Universidade (a Universidade deve se estender para fora de seus muros, com sua filosofia de educação e de pesquisa, sendo a prestação de serviços uma decorrência).

Repete-se, com freqüência, que este é o tripé da Universidade – não sei se a expressão é a mais adequada, creio que não se pode falar em pés isolados, o desafio está em integrar estes pés.

O cirurgião acadêmico, enquanto membro da Academia, está envolvido e é co-responsável pelo êxito das atividades fins da Universidade.

E, por isso, acaba se envolvendo em outro tipo de atividade – agora atividade meio – a administração.

A administração acadêmica é como a efigie de Janos: pode levar à “esterilização” e ao desastre mas pode ser indispensável para o sucesso das atividades acadêmicas.

Em geral, à medida que o cirurgião acadêmico evolui na carreira mais é solicitado para atividades administrativas.

Alguns, como diz Crawford, (2000) tem alguma seqüência especial em seu D.N.A. que o faz bom administrador, no melhor sentido da palavra.

Outros fazem da administração uma tábua de salvação ou uma porta para o poder pelo poder.

O fato é que o cirurgião acadêmico não pode se alienar dos aspectos administrativos seja participando dos atos, seja fiscalizando-os. Administração inadequada e ou inescrupulosa pode destruir a cirurgia acadêmica; não faltam exemplos.

Por outro lado, administração adequada garante não só a sobrevivência como o sucesso da cirurgia acadêmica.

Um livro citado por vários AA é o de Patrícia Pitcher “The drama of leadership” (O drama da liderança). A autora refere haver três tipos característicos de liderança: o artista, o artesão e o tecnocrata, e descreve os perfis de cada um.

O dirigente de perfil artista é imaginativo, intuitivo, visionário, enérgico e empreendedor; faz a instituição se desenvolver, é um líder talentoso e inspirador. Sua equipe, em sua maioria, conta com líderes trabalhadores, tipo artesão, e poucos tecnocratas. Aos poucos, porém, vai reconhecendo suas deficiências, aumentando o espaço para o tecnocrata.

Os tecnocratas, em geral, são brilhantes, falantes e até cativantes, usam slogans, trombetam estratégias, fixam metas e intimidam os mortais comuns. Invocam forças de mercado, necessidade de racionalização e de redução de custos, elaboram estratégias e planos plurianuais, pregam necessidade de reengenharia, introduzem novos vocabulários; constroem as lideranças do tipo artista e do tipo artesão, focalizam a atenção apenas no lucro a curto prazo. O lucro se torna mais uma estratégia do que um resultado.

O estudo de Pitcher se baseia na análise da evolução de uma grande instituição no período de 1980 a 1995. Em 80, a liderança era do tipo artista, em 90 o tecnocrata passa a ser o número 1 e, em 1995 após dispêndio de milhões de dólares, de planejamento estratégico (ao invés do pensar estratégico) a instituição, no caso uma grande companhia, encerra suas atividades.

A moral da história, segundo Leval, (2001) é que os tecnocratas devem ser respeitados, pois são competentes para administrar coisas, mas não devem ter nenhuma autoridade sobre os sonhos das pessoas. Segundo ele, precisamos ter, no topo, lideranças do tipo artista, para enxergar e ampliar horizontes, precisamos de artífices para ajudar a sonhar e de tecnocratas para ajudar a implantar e não a sufocar.

Eu diria que o cirurgião acadêmico deve saber dominar as “três linguagens” do conto dos irmãos Grimm: a linguagem dos cães, das rãs e dos pássaros, além da sua própria linguagem.

Para Betelheim, (pp.127) a língua dos cães seria o “ego”, a das rãs, o “id” e a dos pássaros, o “superego”.

O cirurgião acadêmico e a Academia não podem atuar sem preocupação mútua, recíproca e harmonicamente integrada.

A Academia deve buscar abrigar e selecionar os melhores – A academia não existe sem os acadêmicos e os acadêmicos precisam da Academia para desenvolver seus talentos.

Está a Academia fornecendo as devidas estruturas e condições para atrair, fixar, abrigar e desenvolver os acadêmicos de que ela precisa? Estão os acadêmicos desempenhando seu papel de modo a atender e desenvolver a Academia?

Várias interações ocorrem nesta relação acadêmico – academia e também várias interações de natureza externa à própria Academia se fazem sentir sobre o acadêmico e a academia.

Analisemos alguns componentes desses processos de interação.

A cada ano diminui, não só na cirurgia, como em todas as áreas, o número de médicos interessados autenticamente na vida universitária.

Os salários se achataram.

As condições de satisfação, resultante de realização pessoal, como projeto idealístico, se deterioram.

Até recentemente era na Academia que surgiam as inovações ou, pelo menos, em que se trabalhava com problemas e estruturas de ponta. Hoje, o equipamento mais moderno e sofisticado, as técnicas mais recentes e inovadoras não estão mais na Academia. O Acadêmico se sente, muitas vezes, frustrado por não poder acompanhar a evolução dos conhecimentos e das práticas novas. Foi-se o tempo em que isso tinha na Academia o seu locus. Hoje, muitas vezes está fora da Academia. Esta, aliás, nem sempre consegue manter em condições adequadas, o próprio equipamento sucateado. Contudo, atrás dos centros extra-acadêmicos sempre se vai buscar um cirurgião acadêmico.

O acadêmico busca na literatura e, em Congressos (por ele próprio custeada sua participação) acompanhar o que de novo surge no cenário científico, sabendo, porém, que dificilmente poderá contar com condições para devidamente se equipar.

O mais grave é que esse fenômeno não se restringe ao campo da pesquisa mas à própria prática profissional.

É verdade, e isso deve também ser ressaltado: a introdução das inovações, mesmo que feita fora da Academia, vai buscar a participação e a liderança de pessoas da Academia.

O prestígio da Academia, por várias razões, não é mais o mesmo, o que dificulta seu poder de atuação nesse processo.

Se de um lado, a Academia tem a obrigação e o dever de participar do processo de atendimento à saúde, não parece, porém, justo que ela seja sobrecarregada com tal soma de atividades do cotidiano, sem contar com os devidos recursos sejam eles humanos e ou materiais.

Nessas condições, com trabalho rotineiro exacerbado sem mesmo condições adequadas de funcionamento, sem possibilidade de aprimoramento clínico, sem condições e sem disponibilidade de tempo para as atividades de pesquisa, o corpo acadêmico selecionado pela Academia nem sempre corresponde às expectativas e, quando corresponde, fica mais nas expectativas e menos nas realizações, acumulando-se frustrações e acomodações.

A medalha tem seu reverso. A Academia, também por vários motivos, não vem contando necessariamente com os mais talentosos e com os mais vocacionados e identificados com a vida acadêmica. A seleção tem sido feita, às vezes, às avessas. Ficam na Academia muitos que não conseguiriam “sobreviver” fora da Academia. Não ficam na Academia porque querem ser acadêmicos autênticos, mas porque querem se acomodar.

Este fenômeno é sério e encontra dentro da própria academia, pois mais paradoxal que seja, apoios diretos e ou indiretos.

O processo de seleção, a sistemática de avaliação na carreira, os interesses da mediocridade já instalada, a luta pelo poder e os conchavos contribuem para tanto.

Encontram-se na literatura diversas referências ao recrutamento dos cirurgiões acadêmicos; Sonnad e Colletti (2002) com base no estudo de 1766 cirurgiões interessados na vida acadêmica observaram que as mulheres têm maior espírito de colaboração, dão maior apoio e se preocupam mais com a vida familiar e isso deve ser levado em conta no processo de seleção.

Gadacz, (2000) chama a atenção para a importância da escolha do líder (Chairman) responsável pela canalização de talentos; ele deve ter dedicação e entusiasmo pela academia e contar com o apoio dos jovens residentes para fortalecer o departamento.

Quando analisamos a Academia insistimos no fato de que ela está buscando um novo ou novos modelos. A Academia tem que se convencer que ela se encontra diante de vários desafios e que ela não pode se alienar nem perpetuar situações ou ultrapassadas ou incompatíveis com o papel e as funções da própria Academia.

Há aqui também um reverso da medalha.

Sem os homens e mulheres da Universidade, autenticamente envolvidos com o espírito e a natureza da Academia, ela não teria sobrevivido desde a Idade Média, suportando os mais diversos tipos de pressão interna e externa, desafiando fortes correntes políticas, sociais, econômicas adversas.

E a Academia tem sabido dar-lhes Guarida em várias ocasiões em que isso foi preciso. Estamos vivendo um momento em que isso é preciso.

É preciso, mais do que nunca, reconhecer as qualidades dos acadêmicos, fomentar e dar vazão à sua criatividade e ao seu idealismo.

É preciso dar-lhes condições para enfrentar, acompanhar e desenvolver o progresso técnico-científico, com a devida competência.

Na área da pesquisa, algumas interações merecem destaque.

Cada vez mais (Bell, 1999) as pesquisas na área da cirurgia buscam o apoio das ciências básicas, sobretudo na área da biologia molecular. Isto exige, de um lado, uma formação diferenciada do próprio cirurgião e de outro lado, a criação de condições para esta interação. A nova geração de cirurgiões acadêmicos necessita ter uma formação que permita a interação e o diálogo científico com as ciências básicas e de interface. Este ponto é salientado por Lenfant, (2000).

Os líderes na cirurgia acadêmica têm o dever de criar condições para que a nova geração tenha possibilidades de adquirir esta nova formação e os jovens têm o dever de buscar tal desiderato.

Se de um lado, os recursos econômicos destinados à Academia se tornaram mais escassos, de outro lado, os pesquisadores contam (e nem sempre utilizam) com o apoio das agências, ou instituições de apoio à pesquisa. Particularmente, no Estado de São Paulo, com a Fapesp.

A grande maioria dos aportes financeiros para a pesquisa não provém de recursos orçamentários, e sim das agências de apoio.

Contudo, a Academia tem também o dever de fornecer as condições para a obtenção e para a operacionalização de tais recursos. Mesmo porque, em caso de patentes, a Academia, em geral, passa a ser proprietária de 50% da patente.

Fenômeno que merece atenção especial diz respeito aos financiamentos obtidos fora de tais agências públicas.

É cada vez maior a relação da indústria com a pesquisa na Academia.

Esta relação precisa ser avaliada em profundidade. De acordo com alguns autores (Kaiser, 2000) a relação pode ser ameaça à integridade e honestidade intelectual do cirurgião acadêmico.

Várias aspectos éticos tem sido levantados: necessidade de apresentação à Academia dos acordos financeiros; respeito à dignidade do sujeito da pesquisa, a integridade dos resultados, etc.; neste sentido o país conta com as Resoluções do CNS/MS referentes à ética envolvendo seres humanos.

Estudos multicêntricos, com participação internacional, financiados pela indústria, sobretudo da fase

III (drogas e medicamentos) tornam-se cada vez mais numerosos, abrangendo não só a área dos internistas, como a dos cirurgiões.

De um lado, este fenômeno é auspicioso na medida em que reconhece a competência de nossos pesquisadores em ensaios clínicos e na medida em que permite à Academia acompanhar os avanços na área de medicamentos.

Contudo, é preciso assinalar a forte influência na orientação, na dedicação e no direcionamento das pesquisas. O aspecto, porém, que deve ser salientado diz respeito à definição do papel do nosso pesquisador. Não raras vezes, ele não participa nem da idéia e nem do planejamento do projeto. É como se fora um mero prestador de serviços técnicos e recrutador de sujeitos da pesquisa. Na verdade, o pesquisador efetivo está fora, recebendo todos os dados. Não se está dizendo que não se deve participar de tais projetos, se está reivindicando para o nosso pesquisador o papel do pesquisador efetivo e não apenas ensaísta.

Em conseqüência do fato é preciso avaliar com discernimento e profundidade as chamadas “publicações no exterior” (papers) quando se examinam os memoriais e ou currículos. Colher dados, não ter participado da formulação intelectual e nem do delineamento do projeto, ter enviado alguns dados para o Coordenador estrangeiro (ou patrocinador) e ter seu nome incluído como co-autor deve ter sua importância devidamente avaliada.

Cirurgia acadêmica. Um conto de fadas, um mito, uma fábula, um gigante em extinção?

Seria o fenômeno específico à área da cirurgia ou atingiria outras áreas da medicina?

Em busca tangencial, verifica-se, na literatura, que o mesmo tipo de interrogações ocorre em outras áreas.

Assim por exemplo, na área da neurologia acadêmica aparecem títulos como “The health and future of academic neurology (A saúde e o futuro da neurologia acadêmica – Compton, 2002) em que o autor usa a metáfora do “Didus ineptus”, animal que tinha asas e não voava, e que se tornou extinto em 1681, sem que ninguém notasse.

Na área da dermatologia ocorre algo semelhante: “The future of academic dermatology” (o futuro da dermatologia acadêmica – Rubenstein e col., 2002) em que os autores constatam que cada vez menos médicos se interessam pela dermatologia acadêmica.

Na área da psiquiatria, idem: “The future of academic psychiatry (o futuro da psiquiatria acadêmica – Boutros, 1993) ou “Impact of recent economic changes in Psychiatry on Academic Psychiatry

Programs (o impacto dos recentes mudanças econômicas na Psiquiatria sobre os programas de Psiquiatria acadêmica, Kane, 1996); ambos os artigos salientam as dificuldades pelas quais passa a psiquiatria acadêmica e assinalam a procura cada vez menor pela Academia.

Verifica-se, pois, que a problemática é mais abrangente, envolvendo diversos atores e personagens. Os fenômenos são mais profundos e não simples questões limitadas a um ou outro centro de cirurgia acadêmica. O cirurgião acadêmico realmente se encontra entre fogos cruzados, “amigos” ou “inimigos”. Qual a saída?

Apelar para os mitos, as fábulas, as fadas, os deuses?

Ser vítima, ser herói, ser testemunha silenciosa?

Creio que a busca da saída está, inicialmente, nas idéias de Sócrates: assumir que nada sabemos e por isso precisamos saber.

Busquemos com afinco e não deixemos escapar aqueles que realmente estão propensos à vida acadêmica. Há poucas coisas sobre as quais tenho hoje certeza: uma é que a morte virá algum dia, para todos, e a outra é que se você não preencher a vaga de cirurgião acadêmico com quem realmente tem amor por ela, você está fadado a ter problemas carregando mais um peso inerte ao invés de ajudá-lo a caminhar.

Procuremos o saber, no sentido socrático, e, através do saber, atingir a sabedoria. Para isso, escolhi, à semelhança dos autores já citados aqui, um subtítulo para esta aula magna.

Assumo o subtítulo, com humildade, sem petulância. Tomo emprestado três vocábulos gregos:

1) *Philia* – não tem tradução exata em português, seria um amor (não o amor de Eros) mas amor e amizade, ou amizade apaixonada.

2) *Sophia* – o saber como condição de sabedoria e a sabedoria como forma superior do saber.

3) *Sophós* – Sábio.

Cirurgia Acadêmica – Qual a saída?

Philia e *Sophia*.

O cirurgião acadêmico deve: ter *philia* pela suas atividades, buscar a *Sophia*, ser *Sophós* e atuar com profunda preocupação ética.

Referências

1. Ahren B. Academic surgery in crisis: a worldwide phenomenon? Does it also affect other disciplines? *Nutrition* 1996;12:214.
2. Aust JB. Odyssey of an academic surgeon. *Ann Surg* 2001;233:597-602.
3. Bell JI. Clinical research is dead long live clinical research. *Nature Med* 1999;5:477-8.

Hossne WS

4. Berger DH. The Association for Academic Surgery, an idea whose time has come? *J Surg Res* 2002;104:1-7.
5. Bernal JD. Ciência na história. In: Coleção movimento. Lisboa: Livros Horizonte; 1969. p 207.
6. Bettelheim MB. A psicanálise dos contos de fadas. São Paulo: Editora Paz e Terra; 1980. p 46-8.
7. Bland KI. Challenges to academic surgery: the impact of surgical fellowships on choice of an academic career. *Bull Am Coll Surg* 2000;85(4):17-23.
8. Boutros NN. The future of Academic Psychiatry (comment). *Am J Pshych* 1993;149:845-6.
9. Compton A. The health and future of academic neurology. *Pract Neurol* 2002;2:66-7.
10. Conter RL. The death of Academic Surgery? *J Surg Res* 1998;76:1-6.
11. Crawford FA. Developing administrative skills. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2000;199:533-7.
12. Fischer JE. Challenges to academic surgery: life cycles in chairmanship. The second 10 years and beyond. *Bull Am Coll Surg* 2000;85(6):26-30.
13. Gadacz TR. Challenges to academic surgery: life cycles in chairmanship. The first decade. *Bull Am Coll Surg* 2000; 85:21-5.
14. Greenfield LJ. Challenges to academic surgery: are we recruiting the best and brightest? *Bull Am Col Surg* 2000;85(3):21-4.
15. Hossne WS. Bioética "internética"? *Cadernos Ética Pesq* 2000;6:3.
16. Kaiser LR. The academic surgeon and industry. *J Thoracic Cardiovasc Surg* 2000;119:529-32.
17. Kane JM. Impact of recent economy changes in psychiatry on academic psychiatry. *Am J Psych* 1996;153:307-8.
18. Lenfant C. Training the next generation of biomedical researchers: challenges and opportunities. *Circulation* 2000;102:368-70.
19. Leval MR. From art to science: a fairy tale? The future of Academic Surgery. *Ann Thorac Surg* 2001;72:9-12.
20. Pitcher P. The drama of leadership. New York: John Wiley and sons; 1997.
21. Rubenstein DS, Blauvelt A, Chen SC, Darline TN. The future of academic dermatology in the United States: report on the resident retreat for future physician scientists. *J Am Acad Dermatol* 2002;47:300-3.
22. Sonnad SS, Colletti LM. Issues in the recruitment and success of women in academic surgery. *Surgery* 2002;132:415-9.
23. Spodick DH. Numerators without denominators: there is no FDA for the surgeon? *J Am Med Assoc* 1975;232:35-6.
24. Toynbee A. A humanidade e a mãe terra: uma história narrativa do mundo. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar; 1979.
25. Whewell W. History of the inductive sciences. London; 1987 (apud Bernal, vol.1, p.15).

Correspondência:

William Saad Hossne

R. Vitória Régia, 61

18607-070 Botucatu – SP

Data do recebimento: 25/06/2003

Data da revisão: 06/07/2003

Data da aprovação: 19/07/2003