

Três culturas**

Há já algum tempo, talvez para surpresa dos organizadores, resolvi tratar em reunião magna da minha faculdade o tema do erro em medicina¹. O motivo da escolha foi ter eu reconhecido que, em relação a tal matéria, chefes e peões demonstravam surpreendente ignorância e inquietante despreocupação. A actividade clínica, que eu vivera em fascinante experiência de contrastes, primeiro nos Estados Unidos e depois em Portugal, demonstrou-me em relação a esse, como a outros fenómenos, um desfasamento temporal, que, no entanto, as novas formas de disseminar a novidade científica ou apregoar a inovação tecnológica e o vigor dos novos complexos médico-industriais têm progressivamente encurtado.

Esta é uma reflexão, provavelmente, igualmente incómoda para alguns, a começar por mim próprio, sobre o que entendo ser a crise da medicina do nosso tempo, cuja expressão nacional é negada por muitos, particularmente pelos mais responsáveis, e indigna outros tantos, talvez, creio, porque lhes tenha escapado o seu sentido mais profundo. A verdade é que todo o edifício profissional treme por se encontrarem em risco o prestígio e a imagem do médico na sociedade e se questionarem valores axiomáticos da profissão.

A tese que tentarei comprovar, sem pretender ser original, é que grande parte dos conflitos presentes nasce do choque entre três culturas: a cultura médica, a cultura empresarial, ou capitalista, e a cultura política. A primeira, a de mais antigos e nobres pergaminhos, terá necessariamente de se harmonizar com as outras duas, sem perder a autonomia e os valores próprios, afinal as raízes que lhe garantiram a sobrevivência ao longo dos milénios.

* Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

* Texto baseado na conferência proferida em 17 Junho de 1998 no âmbito das «Conferências do Marquês», promovidas pelo Instituto Nacional de Administração.

¹ J. Lobo Antunes, «Sobre o erro», in *Um Modo de Ser*, Gradiva, Lisboa, 1996, pp. 77-89.

Chamei a esta reflexão «Três culturas», acrescentando, assim, mais uma ao número mágico de C. P. Snow, a que adiante me referirei.

Este não será, nem poderia ser, um discurso politicamente correcto. As vozes oficiais da profissão preferem proclamar que aquilo a que se assiste em Portugal é apenas a perseguição mais desenfreada de que um grupo profissional foi alguma vez vítima. Os perseguidores incluem obscuras forças económicas, políticos sem coração — embora tivessem prometido o oposto —, *media* sem escrúpulos e até alguns traidores, como por vezes são chamados os que vêem mais longe, ou mais cedo.

Sendo difícil, ou arriscado, chamar o inimigo pelo nome, a reacção será sempre de esquiva ou fuga, restando apregoar bem alto as virtudes únicas da classe, provavelmente não mais impoluta do que qualquer outra. Por mim, nego-me a afirmar a nossa superioridade moral em relação a outros profissionais, como também a médicos de outras nacionalidades, embora reconheça que há efectivamente diferentes matrizes culturais que têm sido objecto de interessantíssimas análises comparativas, objecto de estudo de disciplinas como a etnomedicina ou a antropologia clínica². É sabido, por exemplo, que os médicos franceses se inclinam mais a atribuir certos desconfortos abdominais ao fígado — *la crise de foie* — do que os clínicos germânicos³. Não sei qual é o mal tipicamente lusitano, a não ser, talvez, a antiga «espinhela caída», que não tem, que eu saiba, substrato orgânico. Também não precisei de muito tempo para discernir um toque puritano, algo *naïf* e por vezes com uma pontinha de hipocrisia, na prática clínica norte-americana.

Mas a crise que toca a profissão é indiscutivelmente universal, gerada pelo progresso científico imparável, por interrogações éticas inesperadas, pelo rigor da análise económica e pelo desafio ao poder social das profissões. É isto que terá de ser criticamente analisado para que não sejam os médicos a apagar para sempre a chama da profissão. Pela minha parte, insisto, nego-me a considerar-me membro de uma classe acossada por uma matilha inviolável.

«DUAS CULTURAS» E UMA TERCEIRA

Há já alguns anos Alfred Kroeber e Clyde Kluckhohn⁴ reviram 164 definições de cultura e propuseram mais uma: «Cultura é um produto; é his-

² C. Helman, «The role of culture in medical education», in *Education in Medicine*, 8, 228-231, 1997.

³ E. A. Krause, *Death of the Guilds: Professions, States, and the Advance of Capitalism, 1930 to the Present*, Yale University Press, New Haven 1996, p. 253.

⁴ A. Kroeber e C. Kluckhohn, cits. por E. O. Wilson, «Consilience among the great branches of learning», in *Daedalus*, 127, 131-149, 1998.

tórica; inclui ideias, padrões e valores; é relativa; é aprendida; é baseada em símbolos; é uma abstracção colhida dos comportamentos e dos produtos dos comportamentos.» Compreende, portanto, a vida da sociedade, a religião, os mitos, a arte, a tecnologia e toda a forma de conhecimento sistemático e transmitido de geração em geração. Entendida desta forma, é certamente legítimo falar-se de uma cultura médica.

Em 1959 Sir Charles Snow intitulou as suas *Rede Lectures, de Two Cultures*⁵, pondo em contraste, por um lado, os humanistas, particularmente os literatos, e por outro, os cientistas, afirmando existir entre eles um profundo vale de incompreensão e até hostilidade, em parte, como notou recentemente Edward Wilson⁶, por se acreditar na natureza independente destas duas formas de cultura. Wilson acrescenta, contudo, na sua perspectiva de *consilience*, ou seja, de harmonização entre os vários ramos do saber, que esta diferença não é uma verdadeira descontinuidade epistemológica: a fronteira entre as duas culturas é, na realidade, «a vast, unexplored terrain of phenomena awaiting entry from both sides».

A tese de Snow continua a suscitar controvérsia e alguma irritação⁷, mas agrada-me por entender que a medicina, filha de mãe jovem, a biologia, e pai idoso, a filosofia (e esta genealogia dava outra longa dissertação), é, por excelência, a cultura que harmoniza as outras duas, tão antipaticamente dissonantes.

Recentemente, Kevin Kelly⁸ chamou a atenção para a emergência de uma terceira cultura, uma cultura *pop*, também ela cabendo no regaço da profissão médica, uma espécie de cultura da tecnologia pela tecnologia. Em termos simples, dir-se-á que o seu objectivo é criar a novidade como meio de chegar à experimentação e à verdade. Por exemplo, para esta cultura, o modo de resolver a questão de como trabalha o cérebro é construir um cérebro que trabalhe. Assim, ela vai criando instrumentos mais rapidamente do que novas teorias, porque os instrumentos conduzir-nos-iam ao conhecimento mais depressa do que as teorias. Enquanto a ciência e a arte geram verdade e beleza, a tecnologia gera oportunidades. Também a medicina do nosso tempo a adoptou, por imposição de uma classe média global, com acesso expedito à informação universal e alta tecnologia barata. As consequências deste fenómeno na prática médica são colossais e não podem ser ignoradas.

⁵ C. P. Snow, *The Two Cultures and The Scientific Revolution*, Cambridge, Cambridge University Press, 1959.

⁶ E. O. Wilson, «Consilience among the great branches of learning», in *Daedalus*, 127, 131-149, 1998.

⁷ *Nature*, 389, 221, 1997

⁸ K. Kelly, «The third culture», in *Science*, 279, 13 de Fevereiro de 1998.

A título de exemplo, cito três áreas em que esta nova cultura tecnológica veio alterar a essência do acto médico, corrigindo de algum modo a assimetria de conhecimento e poder, que conferia ao médico aura demiúrgica, aliás de saudável efeito terapêutico.

Em primeiro lugar, menciono as tecnologias de informação, que permitem o saber imediato e universalmente acessível, a notícia de novas modalidades de tratamento, tantas vezes ainda em fase de mero ensaio clínico, e a identificação de centros de excelência. Estes autopromovem-se atrás dos seus *sites* na Internet, cuja qualidade de resultados e amplificação de experiências dependem de uma forma hábil de «desnatação», já que eles próprios seleccionam os casos que lhes interessa tratar, aumentando assim o seu capital de sucesso.

Em segundo lugar, refiro a tecnologia da imagem, que tornou muitas doenças imediatamente apreensíveis, pelo reconhecimento visual do inimigo, cara a cara, estabelecendo coordenadas epistemológicas lineares, mas também demasiado simplistas e redutoras do fenómeno complexo que é a *doença* no *doente*. A imagem contribuiu, para usar a expressão de Alan Gregg⁹, para transformar o doente de pessoa em caso.

Em terceiro lugar, aponto a introdução de tecnologias, a que chamaria bélicas, destinadas à eliminação imediata, à redução ao nada, do agressor. Recorde-se a difusão televisiva da guerra do Golfo, com a ênfase no uso de armas que permitiam atingir milimetricamente o inimigo, e só o inimigo, em ingénua e vã tentativa de demonstrar que uma guerra «justa» podia ser também uma guerra «limpa». É, pois, bem compreensível o sucesso das técnicas chamadas minimamente invasivas, que eliminam a doença quase sem deixarem marca visível. Daí o extraordinário apelo popular das terapias por laser.

A CULTURA MÉDICA

Analisemos agora as três culturas que pretendo pôr em confronto, que, no fundo, pouco têm a ver com o duelo original de Snow, mas satisfazem a definição de cultura que mencionei.

A primeira, a *cultura médica*, merece uma reflexão mais alargada. Assenta em dois pilares principais, o mais antigo e mais sólido dos quais procede da herança ancestral de Hipócrates, legitimada nos princípios de solidariedade e altruísmo codificados nos nove mandamentos que constituem o juramento tradicional, ainda hoje proferido, embora talvez com mitigada convicção.

⁹ A. Gregg, «Transition in medical education», in *Journal Association American Medical Colleges*, 22, 226-232, 1947.

A vivência em plenitude dos princípios hipocráticos é hoje um formidável desafio¹⁰, como o é também a compatibilização de uma medicina científica, exacta e densa, de facticidade absoluta, com a arte prudencial, no sentido aristotélico de *prudência*, ou seja, de «uma disposição acompanhada de verdadeira regra, capaz de agir na esfera daquilo que é bom ou mau no ser humano»¹¹.

Não discuto que muitos, talvez a maioria, dos que abraçam a profissão se sentiram chamados, ou seja, responderam a uma vocação. Das entrevistas que há anos praticámos aos jovens que pretendiam entrar para a nossa faculdade, fiquei convencido de que era genuína a convicção de que a profissão era uma espécie de sacerdócio, que reclamava uma mescla única de traços de carácter e qualidades de alma.

Vários analistas, particularmente na área da sociologia, questionam, no entanto, sem reboço, o que consideram ser o mito do altruísmo médico, apontando o profundo conflito moral entre este e o interesse próprio, sublinhando as consequências sociais e económicas do paradoxo que encerra¹².

O altruísmo absoluto, no sentido do sacrifício da própria vida à causa do doente, é hoje admirável e heróica excepção, presente talvez apenas naqueles que praticam a medicina em cenários únicos de guerra e sofrimento, como os «Médicos sem Fronteiras». A percepção do risco e a reticência de intervir, quando este é excessivo ou imprevisível, estão bem ilustradas pelo que ocorreu no início da epidemia da SIDA, não muito diferente, aliás, do que sucedeu no passado durante as epidemias de peste¹³.

Repare-se também como hoje é excepcional a actividade voluntária do médico, a dádiva livre do seu tempo ou da sua perícia. De facto, a instauração do Estado-Providência contribuiu para a atitude mais ou menos generalizada de que o combate à doença e a manutenção da saúde são missões do Estado, a quem cabe remunerar todo o agente que as presta. A actividade caritativa que era componente nuclear da medicina tradicional praticamente desapareceu.

Os que negam com convicção a realidade do altruísmo médico apontam dois outros argumentos. Por um lado, referem o facto inegável de que a maioria dos médicos se escusam a praticar em áreas desfavorecidas económica, social e culturalmente, ou só o fazem em resposta a incentivos econó-

¹⁰ M. Silvério Marques, «Aspectos do acto médico: natureza e legitimação», in *Análise*, 19, 5-51, 1996.

¹¹ Aristóteles, *Ética a Nicómaco*.

¹² A. E. Buchanan, «Is there a medical profession in the house?», in R. G. Spece Jr., D. S. Shim e A. E. Buchanan, *Conflicts of Interest in Clinical Practice and Research*, Oxford, Oxford University Press, pp.105-136.

¹³ J. Lobo Antunes, «Numa cidade feliz», in *Communio*, 15, 15-24, 1998.

micos, chamados curiosamente entre nós de «fixação à periferia». Por outro lado, invocam o fenómeno de ser a escolha das especialidades determinada pelos salários auferíveis, o que explicaria em parte a menor atracção por carreiras de clínica geral ou medicina familiar.

Eu acrescentaria, como expressão de desilusão pessoal, a recusa de alguns em participarem no ensino se não forem remunerados para o efeito, fenómeno que nunca observei nos meus anos em Nova Iorque¹⁴.

É evidente que o altruísmo médico deve ser hoje encarado de forma diversa, e é inútil proclamá-lo como valor absoluto da cultura médica do nosso tempo. É, no entanto, fundamental que seja preservado como doação da inteligência, vontade, dedicação e de um certo espírito de renúncia temporal, pois é uma componente básica da nossa armadura moral, que deve ser transmitida às sucessivas gerações.

O segundo pilar da cultura médica é comum a outras «learned professions», ou seja às profissões que se baseiam no conhecimento, como a advocacia, a engenharia, o ensino e até o «munus» eclesial, e tem raízes, um pouco mais modernas, nas cooperações medievais¹⁵. Refiro-me à *cultura profissional*, sobre a qual há extensa literatura, sobretudo de natureza sociológica, e que exige análise mais minuciosa¹⁶.

As corporações medievais constituíram inicialmente organizações de profissionais destinadas a supervisionar e a regulamentar as actividades dos praticantes de um determinado mister, em regra confinados a uma zona específica da cidade. Combinavam aspirações jurídicas, políticas, religiosas e sociais, mas o motivo principal era económico, pelo estabelecimento de um monopólio corporativo.

Juvenal Esteves dizia que em Portugal só havia duas verdadeiras corporações: a Faculdade de Direito de Coimbra e os Hospitais Cívicos de Lisboa. O que caracterizava estes últimos era a sua coesão interna, a aplicação de regras de avaliação que, embora com o seu quê de arbitrário ou até, por vezes, de injusto, garantiam quase sempre eficazmente a selecção dos mais aptos, apondo um selo incontestado de qualidade, almejado por todos, académicos ou não.

Em muitos aspectos, as ordens profissionais, dos quais a Ordem dos Médicos é paradigma, são herdeiras naturais das corporações medievais, a quem o Estado outorga poderes de regulamentação profissional. Ainda hoje

¹⁴ Saliento, no entanto, que um inquérito recente na Faculdade de Medicina de Lisboa revelou que cerca de 40% do corpo docente — docentes livres e voluntários — o faziam a título gracioso.

¹⁵ E. A. Krause, *ob. cit.*, p. 1.

¹⁶ R. L. Cruess e S. R. Cruess, «Teaching medicine as a profession in the service of healing», in *Academic Medicine*, 72, 941-952, 1997.

uma das características do profissionalismo é a tendência monopolista, ou seja, a defesa intransigente da exclusividade na prática da profissão. É evidente, no entanto, que o médico sempre teve na arte de curar indesejáveis parceiros, de curandeiros a bruxas, no passado, a homeopatas, ferradores, padres ungidos de poderes miraculosos, etc., nos dias de hoje. Nunca, como agora, a competição foi tão desenfreada e aberta, numa confusa policlínica só explicável pela incapacidade dos médicos resolverem situações, que o progresso científico parecia prometer a cura. Não quero alongar-me sobre este ponto, mas, sendo compreensível o desejo de definir claramente o «acto médico», é igualmente indispensável a análise esclarecida das relações da profissão com outras modalidades alternativas de tratar, para não dizer de curar, diplomacia em que os médicos têm revelado particular inépcia¹⁷.

Mas, mesmo dentro dos profissionais de saúde regulamentados, é latente o conflito entre médicos e enfermeiras(os), expresso, por exemplo, na disputa do terreno profissional, de certos graus académicos, remunerações e participação em órgãos de gestão administrativa.

Uma segunda característica do profissionalismo é basear-se num corpo de conhecimentos e aptidões que são definidos e avaliados pelos seus cultores. Cabe por isso naturalmente à Ordem dos Médicos conceder a licença para a prática profissional. Mas aqui, a meu ver, a Ordem cometeu nos últimos anos dois erros graves. O primeiro foi, a troco de não desprezível propina, a admissão de dezenas de médicos como especialistas «por consenso», muitos dos quais se tinham esquivado durante anos a submeter-se ao escrutínio dos seus pares.

O segundo pecado, igualmente para mim sem remissão, foi ter abdicado do *seu* exame e aliar-se ao Estado — possuidor de uma outra cultura — num exame de avaliação de final do treino, que se tornou um simulacro de julgamento rigoroso e isento. Em ambos os casos, a cultura do profissionalismo foi minada por dentro, transformando um processo de avaliação técnica num procedimento meramente administrativo.

Questão igualmente delicada é a de como assegurar que o conhecimento e a competência sejam preservados ao longo da vida profissional, sobretudo tendo em conta a expansão velocíssima da ciência e da tecnologia. Se é indiscutível que essa é função inalienável da corporação, já é menos claro como deve ser levada a cabo. A solução mais geralmente adoptada é a da criação de programas de educação continuada, devidamente avaliados, concedendo um número de créditos que se acumulam até um valor predetermi-

¹⁷ Tal como era de prever, uma definição restritiva e monopolista, como a que foi recentemente proposta e anunciada com grande fanfarra pelo governo e pela Ordem dos Médicos, suscitou imediatamente uma onda de protesto, particularmente de farmacêuticos e enfermeiros.

nado. São bem conhecidas as limitações do método, e como a simples inscrição num simpósio ou num congresso que automaticamente conferem certo número de pontos — habitualmente designados por créditos — não garante a presença efectiva naqueles, e como é grande a resistência à intervenção de mecanismos de avaliação para apurar o eventual aproveitamento da sua frequência. Alguns, mais cínicos, argumentam que a competência pode ser assegurada pela vigilância dos especialistas em *malpraxis*, pela permanente ameaça de litígio.

De um modo geral, as organizações médicas tradicionais, sobretudo as de inspiração sindical, têm-se oposto violentamente a qualquer forma de controlo, particularmente à chamada *recertificação*, que obrigaria à renovação periódica das credenciais profissionais e poderia eventualmente levar à sua rescisão. Repare-se que, mesmo contra a resistência da classe, a introdução deste ou de outros mecanismos de avaliação de qualidade parece inevitável num cenário de medicina organizada e contratualizada, em que «melhor» medicina será, provavelmente também, mais barata, por serem menores os tempos de internamento, as complicações, etc. Esta é, como veremos, uma área de potencial ou actual conflito entre as três culturas que me ocupam.

Como profissão baseada no conhecimento, cabe-lhe também definir com plena autonomia o uso que dele faz, o que na prática clínica se traduz na escolha das técnicas de diagnóstico ou dos meios terapêuticos, tendo sempre e apenas em consideração, como valor supremo, o bem do doente. Também aqui o conflito com a cultura empresarial e política se tornou flagrante.

Uma outra característica da cultura do profissionalismo é o direito de se autodisciplinar, que lhe é conferido pelo Estado, regulando assim a prática profissional e castigando sem mercê os prevaricadores.

Esta é uma das áreas em que a classe médica se tem revelado mais vulnerável. O acto de investigar e punir é essencialmente contrário à natureza do médico, mais inclinado à compreensão benevolente e amável das faltas do que à sua punição rigorosa.

As dificuldades com que deparamos no exercício da acção disciplinadora são de vária ordem, desde a inadequação dos preceitos do Código Deontológico e do Regulamento Disciplinar às realidades sócio-económicas da profissão, à incapacidade de investigar muitas das queixas, às repetidas amnistias e até à impossibilidade de pôr em prática as sanções ordenadas. Além disso, não raramente se entende necessário esperar pelo desfecho de processos que decorrem, com a conhecida morosidade, em juízos cíveis ou criminais, o que nos torna igualmente vulneráveis à acusação de prolongar interminavelmente a investigação dos possíveis delitos.

Por outro lado, não é fácil obter uma opinião técnica isenta de preconceito ou reserva, porque muitas vezes o perito sente que algo semelhante já lhe teria acontecido, ou poderá vir a suceder, ou simplesmente porque é incerto

que a via adoptada tenha sido menos correcta. O problema da incerteza médica é matéria que excede o propósito deste escrito, mas importa assinalar que o apuramento da ciência médica, longe de a ter extinguido, deu-lhe nova extensão.

Tais justificações não significam que não seja eminentemente correcta a acusação de que a profissão, como no fundo qualquer profissão, seja sempre tímida na actividade de se autodisciplinar, obrigando o Estado a intervir e criando assim mais um, a meu ver só parcialmente sanável, conflito cultural.

Cabe também à profissão a definição dos princípios éticos que inspiram a sua prática. Adiante voltarei a mais este ponto de fricção, já que o Estado parece ter entendido, com o aplauso mais ou menos declarado de alguns médicos, que esta matéria já não cabia, ou não cabia exclusivamente, aos profissionais.

É também regra elementar de qualquer mister o direito a exigir remuneração justa pelo seu trabalho, direito aliás reconhecido já nas *Summae* medievais¹⁸. A *Summa Theologica* de Antonino, publicada em 1477, invocando habilmente o Evangelho de S. Lucas, dizia que o médico tinha o direito de exigir remuneração comensurável com a tarefa, não sendo obrigado a labutar *de suo*, ou seja, gratuitamente.

Finalmente, importa apontar como marca corporativa a definição do estatuto de privilégio, que conduz ao domínio profissional de que fala Freidson¹⁹. Este estatuto, com prerrogativas próprias e indiscutível selo de prestígio, inspira uma confiança natural: do médico, do sacerdote, do advogado, esperam-se atitudes e comportamentos particulares. É este um *status trust* a que muitos se opõem, argumentando que o domínio das profissões põe em risco o equilíbrio social.

A ponte que une os dois pilares que acabo de descrever pode conceber-se como constituída pelos princípios éticos básicos da profissão, ou seja, a beneficência, a autonomia, a igualdade e o conhecimento. De todos, o que sobreleva hoje em dia é o da autonomia, que confere ao doente o livre direito de escolher, uma vez devidamente instruído sobre as opções alternativas. O paternalismo beneficente é hoje olhado com suspeita. No entanto, à medida que fui ganhando experiência, mais este valor me parece importante, sobretudo se devidamente temperado pelo cepticismo crítico que traz a idade e pela compreensão de que a doença cria um estado particular de humanidade ferida e vulnerável, que nos leva a refugiarmo-nos como crianças no

¹⁸ D. W. Amudsen, *Medicine, Society, and Faith in the Ancient and Medieval Worlds*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1996, p. 262.

¹⁹ E. Freidson, *Profession of Medicine: a Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Dodd and Mead, Nova Iorque, 1970.

abraço de quem de nós cuida. Assim, devo sublinhar que o paternalismo existe em medicina, não como mal perpetrado pela profissão, mas como uma necessidade criada pela doença. Acompanhando este paternalismo maduro, encontra-se, pois, o cepticismo outonal, bem expresso por Sir Douglas Black, um dos espíritos mais lúcidos da medicina inglesa, que dizia: «Para todas as doenças até há relativamente pouco tempo, e para muitas doenças ainda hoje, os melhores médicos eram, provavelmente, aqueles que faziam o menos possível para alterar a sua evolução e o máximo para apoiar o doente²⁰.»

Já referi que a estrutura da classe e a cultura profissional que lhe fornece o esqueleto têm sofrido diversos abalos, por múltiplas causas de natureza política, económica e social, mas não só. O paradigma de uma profissão caracterizada por uma relação unívoca médico-doente tem vindo a alterar-se de forma substantiva. A expansão das especialidades e até subespecialidades, com interesses técnicos e financeiros próprios, contribuiu também para a chamada proletarização das classes²¹. É evidente para todos que muitas vezes o que preocupa patologistas clínicos ou imagiologistas tem muito pouco em comum com as aspirações de um generalista. O mito da profissão como uma família de indivisível harmonia foi substituído pelo conflito mais ou menos aberto de herdeiros desavindos.

A dependência cada vez maior de um patrão, submetendo o médico a condições próprias de emprego e criando-lhe obrigações fiduciárias duplas em relação ao empregador e ao doente, como sucede, por exemplo, na medicina dos seguros ou na medicina desportiva, criou novos conflitos e novas perplexidades. Os problemas da classe médica não podem tratar-se, pois, com uma gramática sindical uniforme e é cada vez mais difícil preservar a cultura médica tradicional numa ecologia que lhe é naturalmente adversa. Mas não teria sido possível prever tal evolução e não terão sido os próprios médicos o seu instrumento?

Vale a pena recuar um pouco nos anos e recordar o famoso «relatório sobre as carreiras médicas»²² datado de 1961, saudado na altura, e muito justamente, pelo governante responsável pela pasta da Saúde como um «documento ímpar na história da nossa administração». Salienta o relatório que o curso de Medicina, «comparado com os outros cursos superiores, é o mais longo, mais caro e talvez o mais trabalhoso», além de pouco atraente pelo declínio de prestígio e cabedal e pela falta de segurança profissional e econó-

²⁰ D. Black, «Black looks... at Greek medicine», in *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 23, 213-214, 1989.

²¹ R. M. Farinha, «Modelos e transformações do papel do médico», in *Acta Médica Portuguesa*, 11, 65-75, 1998.

²² *Relatório sobre as Carreiras Médicas*, Ordem dos Médicos, Lisboa, 1961.

mica. Sublinha ainda a falta de incentivo, proveniente da ausência quase completa de graduação profissional, mantida por uma carreira contínua e grandes insuficiências no aperfeiçoamento científico e técnico, provenientes da escassa preparação pós-universitária.

No fundo, o que o relatório reclamava era uma estruturação de carreiras que garantisse o pleno emprego, apoiando, assim, a tese do IV Congresso das Misericórdias, que considerava «indispensável que sejam estabelecidas carreiras profissionais para médicos devidamente hierarquizadas, com garantias seguras de acesso, de estabilidade económica e de previdência, que os coloquem ao abrigo das incertezas da clínica livre, cada vez mais minguada, devida ao progresso da medicina organizada».

Mais de trinta e cinco anos depois, o Sindicato dos Médicos do Norte, em carta ao jornal *Público* datada de 8 de Janeiro de 1998²³, afirmava que as carreiras médicas «são forma de organização profissional e de hierarquia assistencial correcta, invejada por profissionais de outros países europeus, por constituírem uma garantia de qualidade e estabilidade profissional». Mas advertem: «Alguma desvirtuação prática a que se vem assistindo resulta da aplicação menos dedicada de alguns profissionais com outros interesses, das más remunerações que lhes são atribuídas e pela desresponsabilização dos cargos de chefia.»

A burocratização das carreiras médicas tem, no entanto, sofrido safanões de vária ordem, desde a introdução de novos modelos contratuais ao aparecimento no mercado de trabalho de licenciados estrangeiros e, finalmente, pelo descalabro dos processos de avaliação dos graus profissionais, com concursos desprestigiados e divisivos e infundáveis impugnações.

CULTURA EMPRESARIAL

O que pretendo significar com *cultura empresarial*, ou *capitalista*, e de que modo ela se articula com a cultura profissional que acabo de rever de forma sumária? Entendo-a, no contexto que me importa, como um sistema político-económico organizado em corporações cujo objectivo essencial é a produção e o lucro. A existência de uma cultura empresarial médica e os riscos que daí adviriam para o acto médico, entendido na sua «pureza» tradicional, foram primeiramente reconhecidos por Arnold Relman há quase duas décadas²⁴.

²³ FNAM — Sindicato de Medicina do Norte, carta ao jornal *Público* de 8 de Janeiro de 1998.

²⁴ A. S. Relman, «The new medical-industrial complex», in *New England Journal of Medicine*, 303, 963-970, 1980.

Durante largos anos a medicina não constituía negócio rentável. A clínica livre favorecia uns tantos «barões», alguns dos quais se dizia, *sotto voce*, praticarem censurável dicotomia. Um ou outro, com espírito empresarial mais desembaraçado, investia em empresas farmacêuticas ou casas de saúde privadas, e eram escassas as casas fornecedoras de equipamentos médicos ou os laboratórios de diagnóstico laboratorial ou imagiológico.

Abraham Flexner, no seu relatório seminal sobre educação médica publicado em 1910, escrevia: «Like the army, the police, or the social worker, the medical profession is supported by a benign, not a selfish, by a protective, not an exploiting purpose²⁵.»

A expansão científica e tecnológica tornou a medicina uma área de negócio cada vez mais atractiva, convidando o médico a tirar vantagem do potencial de investimento que representa, gerando uma fonte secundária de rendimentos não desprezível, ao mesmo tempo criando inexoráveis conflitos de interesses, de maior ou menor gravidade.

A mero título de exemplo citemos a área da imagiologia, uma das de maior crescimento. Nem sempre os hospitais do Estado se dispuseram a investir com presteza nestas novas tecnologias, deixando assim campo aberto à iniciativa privada. Não surpreende, pois, que o maior número de laboratórios de imagem esteja na mão de médicos especialistas, e não só^{26, 27}. Não disponho de dados relativos ao nosso país, mas posso citar que no estado da Florida, nos EUA, 40% dos médicos investiram em técnicas auxiliares de diagnóstico e 90% dos laboratórios de imagem eram pertença de médicos. Mais perturbante é que um estudo recente provou que os possuidores destas técnicas prescreviam 54% mais ressonâncias magnéticas, 28% mais tomografias computadorizadas e 25% mais técnicas de ultra-sonografia e electrocardiografia.

Não quero alongar-me em revisão da extensa literatura, praticamente ignorada entre nós, sobre o problema do conflito de interesses e a obrigação ou vantagem de revelar ou não ao doente que o médico tem benefício financeiro nos exames que ordena. Quero salientar, no entanto, que este extraordinário *boom* económico aproveita apenas a uma certa classe de especialistas, contribuindo para conflitos intraprofissionais, além de favorecer fluxos

²⁵ A. Flexner, *Medical Education in the United States and Canada*, Nova Iorque, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910, p. 173.

²⁶ J. M. Mitchell, «Physician join ventures and self-referral: an empirical perspective», in R. G. Spece Jr., D. S. Shim e A. E. Buchanan, *Conflicts of Interest in Clinical Practice and Research*, Oxford, Oxford University Press, pp. 300-317.

²⁷ N. J. Moore, «Entrepreneurial doctors and lawyers: regulating business activities in the medical and legal professions», in R. G. Spece Jr., D. S. Shim e A. E. Buchanan, *Conflicts of Interest in Clinical Practice and Research*, Oxford, Oxford University Press, pp. 171-196.

de mercados entre hospitais do Estado e instituições privadas, nem sempre límpidos.

Curiosamente, foram as relações de aparência ilícita entre a classe médica e a indústria farmacêutica que constituíram a ameaça mais sentida à reputação de independência e isenção que a classe tanto prezava. E, no entanto, há anos que se falava à boca pequena de ligações perigosas, sobretudo no que se referia aos hábitos de prescrição e às suas conexões com eventuais benesses materiais.

Mas a questão é de muito maior complexidade. Efectivamente, a influência e a participação da indústria farmacêutica na prática médica são tentaculares, embora no fundo indispensáveis e, se saudavelmente reguladas, mutuamente proveitosas.

É sabido, por exemplo, que é a indústria quem praticamente inicia toda a investigação de novos fármacos e em grande parte determina as grandes avenidas da pesquisa básica²⁸. Só no Reino Unido financia 60% da investigação médica! A maior parte das actividades de ensino pós-graduado — congressos, simpósios, etc. — são pagas pela indústria, assim como as revistas profissionais, por meio da publicidade que inserem, e a grande maioria dos prémios científicos.

Mas é evidente que há que examinar o modo como a indústria influencia as práticas prescritivas dos médicos, desde ofertas de valor irrisório à intervenção junto do próprio doente. O *International Herald Tribune* de 18 de Fevereiro de 1998 referia que algumas firmas fabricantes de drogas psicotrópicas contactavam, através da Internet ou directamente, o doente ou a família. Assim, por exemplo, a Eli Lilly e Co. oferece bolsas de estudo a doentes esquizofrénicos que tomem Zyprex, um novo medicamento que produz.

Um estudo recente de Stelfox e cols.²⁹ demonstrava que uma forte percentagem dos autores dos artigos que favoreciam um determinado fármaco hipotensor tinha laços financeiros com os fabricantes desse medicamento, ao contrário dos que escreviam de forma crítica acerca do mesmo fármaco. Além disso, embora a maioria dos autores (65%) dos artigos revistos no trabalho tivessem ligações à indústria farmacêutica, só em 7% destes eram aquelas reveladas.

Deixo propositadamente de lado a área intrincada da biotecnologia, das patentes, da forma de revelação da descoberta científica e a sua repercussão económica. Pretendo apenas sublinhar que o complexo médico-industrial primeiramente denunciado por Relman é um fenómeno do nosso tempo,

²⁸ J. Collier, «Conflicts between pharmaceutical company largesse and patients' rights», in *Medico Legal Journal*, 68, 243-244, 1992.

²⁹ H. T. Stelfox *et al.*, «Conflict of interest in the debate over calcium-channel antagonists», in *New England Journal Medicine*, 338, 101-106, 1998.

irreversível, poderoso, cuja repercussão na prática e na moral da profissão não deve ser escamoteada, mas, pelo contrário, olhada criticamente, extraindo, sem receios, as normas reguladoras que permitam a saudável simbiose que a todos beneficia.

Um terceiro aspecto da cultura capitalista tem vindo a marcar decisivamente a prática profissional nos últimos anos. O médico solista, autónomo, livre, prestando contas apenas ao seu doente e à sua consciência (supostamente preparada para tal auditoria), vai desaparecendo. Hoje o clínico é cada vez mais simples peão num sistema nacional de saúde onde se abrigou por necessidade de segurança; empregado de uma organização de *managed care*; mera opção de uma companhia de seguros de saúde, ou, cada vez menos, o senhor de uma clínica privada que vai minguando, qual reserva ecológica da prática tradicional^{30, 31}.

É claro que, nestas circunstâncias, a cultura profissional só poderá sobreviver afirmando os valores que a tornam única e lhe garantiram a longevidade de séculos. Como notam Frankford e Konrad³², o profissionalismo não é uma dádiva da sociedade, mas sim uma visão normativa apoiada por uma estrutura institucional específica. Por isso, a profissão médica tem de reconhecer que a autonomia profissional individualista já não é viável e que, face aos imperativos do mercado, a cultura profissional necessita de ser reformulada.

CULTURA POLÍTICA

A intervenção do Estado, com a sua cultura política própria, que veio a pôr em causa alguns dos valores tradicionais da cultura médica, era inevitável e surgiu também por circunstâncias várias.

De facto, a partir sobretudo do princípio do século, tornou-se aparente que a saúde, tal como a educação, era um bem social e moral demasiado importante, até do ponto de vista político, para ser deixado sob a custódia de um único grupo profissional. Aliás, os políticos sempre temeram as corporações poderosas, e os médicos eram certamente um grupo a controlar, pois respeitáveis teses sociológicas indicam que qualquer grupo profissional que goze de um poder político substantivo traz custos sociais importantes.

³⁰ N. G. Levinsky, «Truth or consequences», in *New England Journal of Medicine*, 338, 913-915, 1998.

³¹ E. H. Morreim, «Conflicts of interest for physician entrepreneurs», in R. G. Spece Jr., D. S. Shim e A. E. Buchanan, *Conflicts of Interest in Clinical Practice and Research*, Oxford, Oxford University Press, pp. 251-285.

³² D. M. Frankford e T. R. Konrad, «Responsive medical professionalism: integrating education, practice and community in a market driven», in *Academic Medicine*, 73, 138-145, 1998.

Tal como se passava com a educação, era necessário assegurar um acesso universal à saúde, de preferência gratuito, que apagasse desigualdades e diluísse privilégios. Princípios como a universalidade da cobertura, equidade no acesso e solidariedade no financiamento estavam acima de qualquer contestação.

O valor da saúde como argumento eleitoral não era desprezível, embora a conduta de cada governo se moldasse necessariamente por fundamentação ideológica própria. Esta é, aliás, cada vez menos distinta, embora tradicionalmente os governos de esquerda apoiem o conceito, hoje em dia mais mitigado, do Estado-Providência, se oponham a uma medicina liberal e pretendam o controlo do poder corporativo, enquanto este coexiste mais pacificamente com governos de direita, que favorecem também a iniciativa privada e uma economia de mercado sem restrições³³.

O exemplo do National Health Service (NHS) inglês é paradigmático no interessante contraste entre a política trabalhista e conservadora. Os privilégios dos especialistas — *consultants* — foram apenas parcialmente limitados por Beevan quando fundou o NHS, em 1948, e significativamente reduzido por Keith Joseph em 1974. Por seu turno, Margaret Thatcher favoreceu declaradamente a iniciativa privada, certamente porque via no NHS um dos últimos bastiões do Estado socialista.

Entre nós, a criação do Serviço Nacional de Saúde consagrou definitivamente um modelo de carreiras médicas essencialmente semelhante ao proposto pelos próprios médicos em 1961, que tornou o Estado o patrão indiscutível e funcionalizou os médicos a troco de tranquilizadora estabilidade no emprego. Estava, assim, consumado mais um passo na proletarianização do médico e mais uma ameaça à cultura profissional tradicional. Curiosamente, a classe médica, entre nós como noutros países, submeteu-se docilmente a políticas consideradas de esquerda, muito embora, provavelmente, se aceitar-mos indicadores estrangeiros, a maioria dos médicos se situem tendencialmente à direita.

A intromissão política decorreu ainda numa segunda e poderosa linha de intervenção. Diz ela respeito à necessidade de controlar os custos, recorrendo a mecanismos chamados de *racionalização*, introduzindo uma cultura de gestão a que a educação do médico é instintivamente avessa. Impôs ainda restrições ao que se considerava até então um direito profissional incontestado, que é o de escolher as técnicas diagnósticas e os métodos terapêuticos que parecem mais indicados sem olhar a custos, tendo em consideração apenas o que se considerava ser o bem biomédico do doente. Contudo, a muitos não escapava que tais decisões nem sempre nasciam de um imaculado desinteresse.

³³ E. A. Krause, *ob. cit.*, p. 94.

Por outro lado, o progresso científico e técnico conferia à intervenção médica um poder acrescido que importava subjugar. Usando o argumento da incapacidade tradicional das corporações de se auto-regularem, o Estado começa a desempenhar um papel cada vez mais ostensivo na investigação da incompetência e negligência médicas e, mais recentemente, reconhecendo o peso do argumento político, de toda uma área, previamente tolerada, de alianças financeiras ou possíveis conflitos de interesses, inaceitáveis, quer por razões éticas, quer por razões puramente económicas. Não foi difícil encontrar um poderoso parceiro nesta campanha, pois os meios de comunicação encontraram na notícia do erro médico e da corrupção profissional, particularmente cometida por membros de uma classe cuja soberba moral só é equiparável à dos próprios profissionais da informação, um manancial inesgotável.

A intervenção política não ficou, porém, por aqui, e novas alianças surgiram, desta vez com teólogos, moralistas, sociólogos, juristas, leigos e toda a sorte de fundamentalistas, que entendem que as questões éticas da profissão não deviam ser deixados à cúria dos clínicos que nelas estão mergulhados.

Sob este ponto de vista é bem significativo o parágrafo que consta do relatório do Conselho de Reflexão sobre a Saúde³⁴, nomeado pela ministra Maria de Belém Roseira e presidido por um dos nossos mais distintos cultores de ética médica, onde se lê: «Este profissional [o médico], orgulhoso do seu saber e da sua eficácia, tornou-se, muitas vezes, demasiado tecnocrata e a sua prática profissional desumanizada e fria. Não desperta tanto o respeito e a admiração, mas algum temor e desconfiança, particularmente nos países anglo-saxónicos, e terá, em parte, motivado, a partir dos anos 60, um desenvolvimento extraordinário da ética biomédica e das comissões de ética hospitalares, primeiro nos Estados Unidos, mais tarde na Europa.» Igualmente significativa é a nota de pé desta mesma página, em que se refere o título da Convenção de Ética Biomédica, elaborado pelo Comité Director de Bioética do Conselho da Europa, subscrito pelo nosso país em 1997. Aí se explica que «o título completo exprime a noção do referido temor e desconfiança das pessoas em relação às intervenções médicas. Na versão oficial, o título completo é «Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine». E acrescenta-se: «Ou seja, porque as aplicações da biologia e da medicina ameaçam a dignidade do ser humano e os direitos do homem, tornou-se necessária uma convenção que os proteja.»

Esta apreciação, subscrita por médicos distintos, é mais uma seta disparada contra a cultura tradicional de uma profissão que ainda preza os preceitos hipocráticos e não reflecte, a meu ver, a realidade que por essa altura eu próprio vivi nos Estados Unidos.

578 ³⁴ Conselho de Reflexão sobre a Saúde, *Recomendações para Uma Reforma Estrutural*, 1998, p. 16.

De facto, o progresso médico veio criar situações novas, em que o *primo non nocere* e outros sacralizados preceitos hipocráticos eram de algum modo postos em causa, como nas situações de coma prolongado, da morte cerebral, do prolongar inútil de terapêuticas, de certas malformações congénitas e até em relação à própria eutanásia. Os médicos procuraram então novos saberes e outros intelectos que os iluminassem em tão angustiosas decisões, ao mesmo tempo que os educadores se multiplicavam em actividades de esclarecimento e educação. As comissões de ética não terão nascido, assim, na minha opinião, da necessidade de proteger as populações das acções nefastas de uma geração de herdeiros do infame Dr. Mengele, mas por uma súplica de consciências perplexas.

Não é possível deixar de mencionar ainda que a cultura política contemporânea favorece o mercado livre e é aliada benevolente do capital, para o qual a área da saúde é um dos mais atractivos investimentos. É importante não perder de vista que na política da União Europeia, quaisquer que sejam as causas a dirimir, mesmo as mais enxutas de interesses, como a saúde, a educação ou a investigação científica, o argumento económico pesa sempre decisivamente.

A livre circulação dos profissionais é mais uma ameaça clara ao monopolismo corporativo instalado em cada país, que fez o possível para o preservar, quer exigindo a proficiência da língua nacional, como no Reino Unido, e em mal disfarçada hipocrisia entre nós, quer criando barreiras burocráticas quase intransponíveis, como sucede na Bélgica, na França ou no Luxemburgo.

Como nota Krause³⁵, o superestado capitalista tão temido por Karl Marx, irá provavelmente triunfar e na área da saúde o negócio terá cada vez mais uma dimensão supranacional. Ao contrário do que tem sido a política seguida até agora pela Ordem dos Médicos, parece-me mais sensato favorecer uma presença política em Bruxelas, não de oposição pueril, mas de defesa da competência técnica e da qualificação profissional, avaliadas por jurís europeus, que constituam um estímulo para o progresso nacional, sem o qual nos arriscamos a ser importadores de médicos³⁶.

NOVOS PARADIGMAS E NOVAS SOLUÇÕES

O cenário esboçado, em traços largos, da interacção destas três culturas, para lá de alterações mais ou menos evidentes na relação entre prática médica e sociedade contemporânea, modificou de forma decisiva os paradigmas da-

³⁵ E. A. Krause, *ob. cit.*, p. 273.

³⁶ É interessante apontar como em recente disputa eleitoral para bastonário da Ordem dos Médicos os candidatos ou propõem que os médicos portugueses obtenham o título de especialista europeu «por consenso» ou preferem ignorar a questão!

quela. Assim, seguindo uma excelente análise de Rabkin³⁷, poderá dizer-se que:

- Ao juízo clínico individual, subjectivo, com a sua inefável componente empírica, contrapõe-se hoje de forma estridente a chamada «medicina baseada na evidência», nem sempre tão objectiva e científica como proclamam os seus cultores, e cujos dados são partilhados por terceiros, para quem eficácia e impacto são factores primordiais;
- A prática individual tende a ser moldada por regulamentos e *guidelines* dificilmente ajustáveis ao fenómeno biológico da doença. O desvio de tais princípios pode levar a embaraços legais até agora insuspeitados;
- O custo da saúde passou de factor de importância irrisória a valor primacial;
- A qualidade deixa de ser avaliada por parâmetros meramente técnicos e é aferida por valores de custo-eficácia e de apreciação subjectiva pelo doente;
- Ao incentivo de fazer mais opõe-se, nos sistemas de *managed care*, o estímulo de fazer menos. Como disse alguém, os doentes devem ter alta do hospital *sicker and quicker*³⁸;
- A ênfase do tratamento passa do episódio da doença para o cuidado da população. Do mesmo modo, a gestão da doença dá lugar à gestão da saúde;
- A autonomia do médico é substituída pela interdependência científica, profissional e administrativa;
- O médico, figura central do hospital, mas com papel insignificante na gestão das unidades de saúde, passa agora a ser apenas mais um dos trabalhadores hospitalares, com responsabilidade acrescida na administração dos recursos. Também a administração hospitalar deixa de ter o papel passivo a que estava confinada até há bem pouco e assume-se como uma força dominante no quotidiano da instituição.

É decerto mais cómodo afirmar que esta evolução teve e terá consequências trágicas e irreparáveis na prestação dos cuidados médicos e que a vítima será inevitavelmente o doente do que enfrentar a imparável evolução sócio-económica que a profissão médica, como, aliás, todas as outras, tem sofrido, transformando em coerente adaptação evolutiva a prática clínica, sem perder de vista os valores culturais a que aludi logo de início.

É inútil carpir mágoas, como é ilusório negar que muitos dos conflitos presentes têm uma pura raiz económica, que nasce, em grande parte, mas não

³⁷ M. T. Rabkin, «A paradigm shift in academic medicine?», in *Academic Medicine*, 73, 127-131, 1998.

³⁸ E. A. Krause, *ob. cit.*, p. 48.

só, do facto de os salários dos médicos hospitalares serem escandalosamente incompatíveis com a dignidade de um estatuto profissional e de um formidável esforço de educação e treino. Mas não é mais possível negar que as oportunidades para a fraude, para o negócio menos limpo, para o atropelo das leis, se multiplicam e assumem agora uma dimensão supranacional. O envolvimento empresarial do médico é inevitável, compreensível e desejável, mas requer uma regulamentação administrativa e jurídica de grande rigor, que pode eventualmente pôr em causa a confidencialidade do acto médico, pode forçar uma segunda opinião, aliás já legitimada na medicina medieval, e obriga à revelação inequívoca de associações de interesses cuja incompatibilidade não deve ser deixada impune.

É essencial ter em conta que a profissão médica dispõe ainda de dois trunfos fundamentais, que, se jogados com cautela, a ajudarão a ultrapassar a crise de identidade para que também contribuiu. O mais valioso é o prestígio único de que ainda goza e pelo qual ainda vai atraindo gerações de jovens. O segundo é o progresso da investigação biomédica, que, embora nem sempre gere avanços terapêuticos capazes de resolver velhos e novos flagelos, vai alimentando um capital de optimismo que parece inesgotável.

É por isso que a classe médica necessita de dissociar completamente o discurso profissional e técnico do discurso político e afirmar o seu compromisso com os valores éticos fundamentais da profissão: altruísmo, compaixão, integridade, verdade e a afirmação da competência técnica como valor igualmente respeitável. Isto não é compatível com políticas defensivas, reactivas, isolacionistas e cripto-sindicalistas.

A classe médica tem de ser hoje considerada um *compositum* de interesses plurais e, por vezes, até antagónicos. Profissionais de igual valia defendem, por exemplo, posições opostas em relação à exclusividade do emprego e o mesmo se passa em relação à legitimidade de um exame supranacional. Em certas áreas, porém, a afirmação uníssona parece-me importante, porque as posições doutrinárias e normativas terão de transvasar para a prática quotidiana. Assim, é fundamental uma decisão clara em matérias como a educação continuada, a recertificação, a disciplina profissional, as relações com a indústria, a participação na gestão, o ensaio e avaliação de novas tecnologias e a participação competente na gestão dos recursos. E aqui apetece citar de novo Sir Douglas Black³⁹: «A convicção absurda de que a eficácia na gestão é mais relevante para os cuidados de saúde do que a competência e a dedicação dos médicos, enfermeiros e outro pessoal de saúde ditou a substituição do contrato de confiança mútua e de cooperação, a criação de uma cisão artificial entre financiadores e prestadores, negligenciando interesses comuns fundamentais, e o desenvolvimento de sistemas

³⁹ D. Black, «Black looks... back... and ahead», in *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 27, 356-357, 1993.

informáticos dispendiosos, focados em matérias administrativas e financeiras, e não no processo clínico, e ainda menos no resultado para o doente».

Não há dúvida, porém, de que o médico está cativo de uma sociedade que quer que ele harmonize três éticas rivais: a ética profissional, para servir o doente, a ética do negócio, para florescer como empresário, e a ética da comunidade, que o torna responsável pelo bem-estar económico e sanitário da população^{40, 41}. É preciso, no entanto, resistir à tentação de olhar com sobrançeria moral, que já ninguém respeita, para qualquer medida de racionalização de custos ou gestão de recursos como sendo o resultado de puros critérios «economicistas». Os nossos telhados não são de vidro e até um insuspeitado moralista como Daniel Callahan⁴² afirma que «some form of rationing is the only way to control the costs, if everybody could get any kind of treatment, people would become lazy and self-indulgent». Mas não deve perder-se de vista que somos nós, médicos, não os gabinetes dos «utentes», os políticos, os inspectores ou os provedores de justiça, os advogados naturais dos doentes.

CONCLUSÃO

Como é meu hábito, acabo sempre recordando a lição dos que me educaram, e há muita «educação» no que acabo de dizer. Edward B. Schlesinger, mestre da neurocirurgia, era, além de um técnico notável, um homem de cultura com uma percepção agudíssima dos problemas sociais da profissão. Falava tanto de livros como de neurocirurgia, é a ele que devo o conselho de ler o *Middlemarch* de George Elliot, um monumental fresco literário. Nele se adverte que o carácter não é esculpido em pedra, mas algo de vivo e alterável que, tal como o corpo, também adoece.

Uma das personagens desse livro é o Dr. Lydgate, que surge no início do romance como um jovem médico idealista, determinado a tratar dos pobres e a avançar o conhecimento praticando investigação. No final da obra, quando Elliot passa em revista o destino das personagens, ela escreve a propósito de Lydgate: «He had gained an excellent practice alternating, according to the season, between London and a continental bathing-place; having written a treatise on Gout, a disease which has a good deal of wealth on its side. His skill was relied on by many paying patients, but he always regarded himself as a failure: he had not done what he once meant to do.»

George Elliot diagnosticou certamente a causa de uma inquietação que, mais de cem anos volvidos, ainda persiste.

⁴⁰ E. L. Erde, «Conflicts of interests in medicine: a philosophical and ethical morphology», in R. G. Spece Jr., D. S. Shim e A. E. Buchanan, *Conflicts of Interest in Clinical Practice and Research*, Oxford, Oxford University Press, pp. 12-41.

⁴¹ Eli Ginzberg, «For-profit medicine», in *New England Journal Medicine*, 319, 757-761, 1988.