

A profissão de médico

Em Janeiro de 2000 os editores do *New England Journal of Medicine*, provavelmente o jornal de maior prestígio na profissão médica, decidiram passar em revista, num artigo que intitularam «Looking back on the millennium in medicine»¹, o que consideraram ser as descobertas que mais contribuíram para o fenomenal progresso da medicina nos últimos mil anos. Logo na introdução se declara, sem complexo, que a medicina é uma das poucas áreas da actividade humana cujos propósitos são «unambiguously altruistic in itself, a remarkable achievement».

Apesar de todos os sucessos da ciência médica, a verdade é que é hoje palpável uma certa desilusão quanto às expectativas de cura que se alimentaram em relação a grande número de patologias, desde o cancro às doenças vasculares, se detecta algum abrandamento na inovação científica e tecnológica, se questiona o paradigma científico tradicional da prática médica, se observa com algum desconforto a expansão das chamadas medicinas alternativas, se ameaçam alguns dos valores fundacionais do profissionalismo médico até há bem pouco de inabalável solidez e, finalmente, é imposta a necessidade de sustentar a imparável subida dos custos da saúde. Para além disto, como nota Le Fanu², a classe médica irrita-se por ser chamada a ocupar-se mais dos «preocupados saudáveis» do que dos «genuinamente doentes» e ter de enfrentar a subversão, por gestores autoritários e clientes recalcitrantes e litigiosos, da autoridade e dignidade da profissão.

São estes alguns dos tópicos que serão objecto desta reflexão sobre a profissão de médico, porque me parecem importantes para se entenderem as

* Faculdade de Medicina de Lisboa.

¹ «Looking back on the millenium in medicine», in *N. Engl. J. Med.*, 342, pp. 42-49, 2000.

² J. Le Fanu, cit. por Richard Horton, in «How sick is modern medicine?», in *The New York Review*, 2 de Novembro de 2000, p. 46.

novas faces da medicina. Sublinho desde já que o modo como esta se vê a si própria nem sempre coincide com a imagem que outros dela fazem.

A MEDICINA COMO CIÊNCIA

É geralmente aceite que o primeiro passo para a criação de uma medicina científica acontece com a publicação do admirável tratado de anatomia de Andreas Vesalius (1514-1564), *De Humani Corporis fabrica libri septem*, vindo a lume em 1543, um *in-fólio* de 663 páginas. Muito mais do que um simples atlas anatómico, a obra de Vesalius foi fundamental para que se passasse a valorizar mais a importância da observação rigorosa do que construções teóricas de fundamento filosófico.

A segunda contribuição decisiva surge cem anos depois e deve-se ao médico e fisiólogo inglês William Harvey (1578-1657), que noutro livro admirável, *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*, descreve, em 1628, a circulação sanguínea, afirmando que «the blood is driven into a round by a circular motion [...] and lastly, that the motion and pulsation of the heart is the only cause».

O terceiro passo é bem comprovativo da tese de que grande parte das descobertas científicas surgem na sequência do progresso tecnológico e são, na palavra de Dyson³, *tool-driven*. De facto, a descoberta da célula como unidade funcional da vida só foi possível após a invenção do microscópio por Van Leeuwenhoek (1632-1723), que assim conseguiu discernir seres microscópicos, a que chamou *animalculus*. Robert Hooke descreve, pouco tempo depois, as células da cortiça, e assim se foi reconhecendo que todos os tecidos vivos eram formados por células.

Esta descoberta veio a servir de base, um século mais tarde, ao primeiro paradigma científico da prática médica⁴, o *paradigma morfológico*, que se deve, entre outros, a Rudolf Virchow. Ele introduziu o conceito de que a célula era a mais pequena unidade da vida e sede de todos os processos vitais normais e patológicos e proclamou que *omnis cellula e cellula*, ou seja, toda a célula nasce de outra célula. Destes postulados emerge a teoria morfológica da doença, que pode formular-se do seguinte modo: a vida depende de estruturas, sejam células, órgãos ou organismos, que se desenvolvem segundo leis determinadas; há relações demonstráveis entre a estrutura e a função; as doenças podem ser reconhecidas como alterações estruturais e estas constituem a base do diagnóstico; a interpretação das relações causais entre estrutura e função é a base da intervenção terapêutica, particularmente cirúrgica.

³ F. Dyson, «Science as a craft industry», in *Science*, 280, 15 de Maio de 1998, pp. 1014-1015.

⁴ J. Drews, *Scientific Paradigms in Medicine*, ed. Roche Basel, 1992.

Como é fácil depreender, o paradigma morfológico é essencialmente visual e a sua prova científica depende da evidência colhida visualmente. Aliás, a inspecção foi sempre um passo fundamental na colheita semiológica, mas todo o concerto dos sentidos — inclusivamente o sentido do gosto — foi chamado a participar na interrogação do corpo doente. Deparava, contudo, com o obstáculo da opacidade intransponível da película cutânea, e a visualização do interior do corpo só começa com a descoberta dos raios X por Roentgen em 1895. Hoje aquele é interpelado a partir do exterior com métodos de fundamento físico tão diversos como a ultra-sonografia, a tomografia computadorizada ou a ressonância magnética ou internamente por indiscretas técnicas de endoscopia.

Hoje a imagem tem, como observou Cohadon⁵, um valor icónico e como tal é prestigiada e poderosa. As imagens são sinais que têm de ser detectados, interpretados e validados, actuam como «duplo» da doença e são a sua reflexão especular, além de funcionarem também como mapas que permitem divisar trajectórias cirúrgicas. A possibilidade de serem partilhadas por médico e doente foi um dos factores que contribuíram para a alteração radical da relação médico-doente, já que a imagem da doença é hoje igualmente apreendida por ambos. Assim se diluiu a assimetria de conhecimento que estava na raiz do poder do médico e contribuía para o fundamento ético do paternalismo.

Se seguirmos à letra a concepção kuhniana de paradigma, não se pode dizer que o paradigma científico seguinte, o *paradigma químico*, tenha substituído a matriz conceptual reinante. Na génese daquele está a elucidação da química da vida, particularmente pela química orgânica e pela moderna bioquímica. Esta terá começado com Lavoisier (1743-1794), quando demonstrou que nos processos respiratórios havia consumo de oxigénio e libertação de anidrido carbónico. O paradigma químico pode resumir-se da forma seguinte: todos os processos vitais são susceptíveis de serem descritos em termos químicos, e a doença pode ser explicada por causas químicas que têm expressão em parâmetros mensuráveis (glucose, ureia, electrólitos, etc.); estas alterações têm importância diagnóstica e significado prognóstico e podem ser corrigidas quimicamente.

Outro factor fundamental de progresso surge com a aplicação à medicina do método estatístico e tem a sua génese nos trabalhos de Pierre Fermat (1601-1665) e Blaise Pascal (1623-1662). A epidemiologia moderna nasce em 1854 com John Snow, quando este demonstra a transmissão da cólera pela água contaminada de uma bomba de um bairro de Londres. Sir Richard Doll, ao estudar a influência dos hábitos tabágicos na saúde de uma popu-

⁵ F. COHADON, «Images and icons», in *Acta Neurochir.*, 130, pp. 8-13, 1994.

lação de médicos ingleses, é pioneiro de uma explosão de estudos epidemiológicos do cancro, doenças cárdio-vasculares, diabetes, etc., e da introdução da metodologia estatística aplicável aos estudos controlados e aleatorizados (*randomised*), que servem de fundamento às novas modalidades epistemológicas a que adiante me referirei.

Sem procurar ser exaustivo, vale a pena referir como marcos decisivos na história da medicina moderna a introdução da anestesia, o controle farmacológico da dor, a descoberta do papel patogénico dos microorganismos e da importância da anti-sepsia, a terapêutica antimicrobiana, o sistema imunológico e as vacinas, a elucidação dos mecanismos da hereditariedade e da base molecular de certas doenças e, finalmente, a descoberta do genoma. Estas últimas contribuições foram decisivas para a criação do paradigma científico da medicina molecular, que, como aponta Leonor Parreira⁶, é um *paradigma cibernético*, ou de *informação*, está na origem da nova biomedicina e explica a vida por códigos e mensagens, redes e circuitos de interação molecular, quer ao nível da célula, quer ao nível da vida como um todo.

Esta é, em traços rápidos, a história da criação daquela a que Lewis Thomas⁷ chamou a mais jovem das ciências. A rápida acumulação de conhecimentos que permitiram estabelecer uma nova e aparentemente sólida base científica para a prática médica, a aparente vitória sobre as doenças infecciosas — alguém falou de *pax antibiotica* —, o controle das grandes epidemias e a introdução de vacinas eficazes contra a poliomielite e a varíola, tudo isto contribuiu para um exultante triunfalismo. Infelizmente, a erupção da epidemia da SIDA (v. R. Vitorino⁸) veio demonstrar a desconsoladora fragilidade do triunfo.

Por outro lado, verificou-se que, afinal, se mantinha sem solução grande parte da patologia oncológica, como também nos escapavam as doenças cardíacas e cérebro-vasculares. Em editorial recente, Carney⁹ sublinhava, por exemplo, que, apesar de ser bem conhecida a conexão entre o tabaco e o cancro do pulmão, o número de novos casos deste, especialmente em mulheres, continua a subir; em raparigas e mulheres entre os 15 e os 64 anos, o cancro do pulmão é agora a principal causa de morte por cancro, e esta doença continua a ser a razão mais frequente de morte oncológica no homem.

Ao mesmo tempo, o padrão nosológico alterou-se substancialmente e hoje predominam as doenças crónicas, incapacitantes, muitas vezes compostas de múltiplas patologias e da falência simultânea ou sucessiva de órgãos

⁶ L. Parreira, «A medicina e a nova biologia», in *Análise Social*, vol. xxxviii, n.º 166, 2003.

⁷ L. Thomas, *The Youngest Science. Notes of a Medicine Watcher*, Toronto, Bantam Books, 1983.

⁸ R. Vitorino, «A SIDA e as novas pestes», in *Análise Social*, vol. xxxviii, n.º 166, 2003.

⁹ D. N. Carney, «Lung cancer. Time to move on from chemotherapy», in *N. Engl. J. Med.*, 346, pp. 126-127, 2002.

e sistemas, e surge, com inesperado dramatismo, o problema da demência e o infundável cortejo das doenças do envelhecimento.

Embora os críticos mais cínicos observem que a história da medicina é a história da substituição da ignorância pela falácia¹⁰, o progresso tecnológico é imparável. De facto, introduzem-se metodologias diagnósticas e terapêuticas cada vez mais complexas, mais caras e mais arriscadas, saudadas com um entusiasmo acrítico por *media* cada vez mais ávidos de sensacionalismo. O complexo médico-industrial de que falava Arnold Relman¹¹ é um dos mais robustos e proveitosos pilares do capitalismo do nosso tempo e criou uma nova cultura empresarial, que muitas vezes colide com a cultura médica tradicional e gera conflitos de interesses até agora impensáveis.

Por vezes, como tem sucedido no âmbito da medicina molecular, os êxitos obtidos não correspondem, pelo menos para já, à enorme expectativa criada. Como observa Sir David Weatherall¹², embora seja previsível o progresso na predição das doenças e no desenvolvimento de quimioterapias ajustadas ao perfil molecular de cada afecção, por agora as aplicações clínicas das novas tecnologias estão ainda longe de conseguirem resultados apreciáveis.

Como notou Roy Porter¹³, «today, with mission accomplished, its triumphs are dissolving in disorientation. Medicine has led to inflated expectations, which the public eagerly swallowed. Yet are unfulfillable: medicine will have to redefine its limits even as it extends its capacities.»

Por outro lado, acentua-se o cisma que separa o investigador básico do clínico, separados quer na conceptualização do fenómeno biológico normal ou alterado, quer na linguagem que usam para o descreverem. Além disso, ao contrário do que seria de supor, a expansão do conhecimento veio substituir a convicção decisiva que subjazia à maioria das intervenções terapêuticas por uma inesperada incerteza, algo que o médico não só tem dificuldade em aceitar, como também, em compreensível reserva, não está preparado para revelar ao doente.

Este é, portanto, um tempo de singular desconforto¹⁴, em que os médicos parecem ignorar que a sua imagem e a representação social que dela deriva

¹⁰ R. Horton, «How sick is modern medicine?», in *The New York Review*, vol. 2, pp. 46-50, 2000.

¹¹ A. S. Relman, «The new medical-industrial complex», in *N. Engl. J. Med.*, 303, pp. 963-970, 1980.

¹² D. J. Weatherall, «Medicine in the new millennium», in *J. Intern. Med.*, 248, pp. 443-445, 2000.

¹³ R. Porter, *The Greatest Benefit is Mankind. A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*, Londres, Harper Collins, 1997.

¹⁴ D. J. Weatherall, «Internal medicine in the 21st century», in *J. Intern. Med.*, 247, pp. 3-5, 2000.

têm hoje uma configuração diferente e que lhes é exigido não só tratar como cuidar. Toda esta transformação obriga a uma nova forma de educar, e isto é reconhecido nos novos *curricula*. Paradoxalmente, estes parecem ignorar a urgência de uma preparação científica agora diluída num oceano de novas disciplinas em que a ênfase são as «humanidades», a ética ou as técnicas de comunicação. Corre-se assim o risco de se esquecerem os fundamentos do método clínico e de se ignorar a formidável expansão do conhecimento biomédico. A translação deste para a clínica, provavelmente, só poderá ser conseguida eficazmente pelo investigador clínico¹⁵, cuja «ciência» é injustamente considerada de menor valor epistemológico. Este é, certamente, um dos mais importantes dilemas que é necessário resolver.

NOVAS EPISTEMOLOGIAS

Do progresso científico decorreu, como seria de esperar, uma explosão de novos conhecimentos, cuja transferência para a prática médica corrente não tem sido fácil. Calcula-se que existam hoje 30 000 publicações na área da biomedicina e este número cresce anualmente cerca de 7%. Por outro lado, há quem afirme¹⁶ que apenas cerca de 15% das intervenções médicas têm uma sólida base científica e que o mesmo sucede em apenas 1% dos artigos publicados, números que, diga-se de passagem, carecem de demonstração.

A chamada medicina baseada na evidência (MBE), considerada algo pretensiosamente pelos seus defensores como um novo paradigma da prática médica¹⁷, pretende ultrapassar algumas dessas dificuldades, afirmando a sua superioridade em relação às formas tradicionais da epistemologia médica.

A prática médica tradicional compõe-se dos actos de diagnosticar, tratar, prognosticar e prevenir. O exercício diagnóstico usa essencialmente uma metodologia hipotético-dedutiva, que consiste num processo lógico sequencial, que começa na colheita dos dados históricos (anamnese) e da história pessoal, familiar e social e é seguida pelo exame físico do doente. É então formulada uma primeira hipótese diagnóstica, cuja confirmação ou negação depende dos dados auxiliares fornecidos pela medição de parâmetros químicos, fisiológicos ou outros e pelo recurso a técnicas de imagem. A interpretação do quadro clínico segue, por vezes, um raciocínio fisiopatológico em

¹⁵ D. J. Weatherall, «The conflict between the science and the art of clinical practice in the next millenium», in *Ann. N. Y. Acad. Science*, 882, pp. 241-246, 1999.

¹⁶ R. Smith, «Where is the wisdom...? The poverty of medical evidence», in *Brit. Med. J.*, 303, pp. 798-799, 1991.

¹⁷ A. V. Carneiro, «A medicina baseada na evidência. Um novo paradigma para a prática médica», in *Acta Médica Portuguesa*, 11, pp. 717-737.

que o fenómeno da doença é encarado na perspectiva das alterações da fisiologia normal.

Na prática, os clínicos mais maduros caminham por outros atalhos e o diagnóstico é feito por comparação com padrões sintomáticos e tipologias clínicas previamente reconhecidos e armazenados, que reflectem, simplesmente, a experiência de cada um, traduzida em expressões pitorescas como «olho» ou «faro clínico». O peso desta experiência e a valorização do perito são hoje muito questionados e na hierarquia das evidências ocupam o lugar mais inferior, o que representa, provavelmente, um imperdoável erro epistémico. De facto, a evidência empírica continua a constituir conhecimento contextual, e a opinião do perito é fundamental para definir o contexto correcto da investigação clínica¹⁸. Além disso, o perito serve para estabelecer a ponte entre a investigação clínica e o doente que se pretende tratar. Compreensivelmente, é muito mais difícil denegar a relevância do factor humano em cirurgia, e ninguém contesta que a experiência do operador é decisiva para os resultados que este obtém.

Como escrevi há anos¹⁹, a medicina considerou-se sempre, e a justo título, ciência biológica, mas alimentou-se durante séculos do equívoco da incompatibilidade entre a variabilidade dos fenómenos vitais e a possibilidade de definir parâmetros ou isolar constantes que permitissem um desenho mais preciso daquilo que em biologia é susceptível de expressão objectiva. Desta atitude derivou, em grande parte, o empirismo médico tão sublinhado por Claude Bernard.

A MBE proclama apoiar-se no conhecimento seguro que procede da análise da literatura especializada, cuja metodologia científica, por rigorosamente avaliada, conduz a algoritmos de decisão isentos de erros. Por outras palavras, e na definição que propõem os seus cultores, a MBE consiste na utilização conscienciosa, explícita e criteriosa da evidência científica actualizada, na tomada de decisões clínicas referentes ao doente individual. A evidência, assim afirmada e constantemente actualizada, vai naturalmente substituir os dados em que se baseia a decisão clínica tradicional, particularmente através de estudos controlados e aleatorizados, que são considerados o *gold standard* da evidência científica.

Note-se que esta modalidade epistémica ignora um valioso *depositum* de conhecimentos fundamentados em observações empíricas (e não só) que nunca foi publicado. Por outro lado, é sabido que, de um modo geral, só são aceites para publicação estudos cujas conclusões consagram resultados positivos, obtidos numa determinada população com características padronizadas e em

¹⁸ M. R. Tonelli, «In defense of expert opinion», in *Academic Medicine*, 74, pp. 1187-1192.

¹⁹ J. Lobo Antunes, «A contribuição da matemática para o progresso da medicina», in *Med. Contemp.*, 84, pp. 59-72, 1966.

condições estritamente definidas à partida (estudos prospectivos), que muitas vezes transmitem uma ideia enganadora sobre a eficácia dos tratamentos propostos. Por isso, cerca de cem jornais médicos propuseram um *medical editors trial amnesty* para a publicação de trabalhos previamente recusados. A utilidade desta iniciativa seria também a de evitar a repetição de estudos ou experiências cujos resultados seriam previsivelmente negativos.

Uma das vantagens da MBE seria a de fornecer uma espécie de *just-in-time information*, que anularia qualquer insuficiência cognitiva e, segundo os seus defensores, iria contrariar uma compreensível erosão de conhecimentos, com a conseqüente repercussão na qualidade da prática clínica. Há quem afirme²⁰ que, se um generalista se quiser manter actualizado, teria de ler 19 artigos por dia, 365 dias por ano, o que é uma proposição absurda e impossível, a meu ver, de sustentar. Outros, como por exemplo Ramsey e cols.²¹, pretendem demonstrar que, quanto mais nos afastamos do tempo da licenciatura, mais frágil é a base de conhecimentos. É claro que a avaliação desta alegada debilitação cognitiva se baseia em testes que pouco dizem sobre a qualidade da prática médica e por isso, como referirei adiante, a aferição da competência continua a constituir matéria de aceso debate. Na mesma linha, argumenta-se que os médicos mais jovens seguem mais fielmente protocolos clínicos actualizados do que os colegas mais velhos²².

A necessidade de tratar a informação acumulada levou à criação da chamada *Cochrane Collaboration*²³, uma organização internacional multidisciplinar formada com o objectivo de preparar e disseminar revisões sistemáticas actualizadas de todos os ensaios clínicos aleatorizados e controlados relevantes para a decisão terapêutica. Na definição dos seus proponentes, uma revisão sistemática é uma análise relativa a uma questão claramente formulada que usa métodos sistemáticos e explícitos para identificar, seleccionar e avaliar criticamente os estudos relevantes.

Embora não questione, de forma alguma, a utilidade deste tipo de iniciativa e a pertinência de filtrar a informação científica, é para mim evidente que esta metodologia, na sua simplória redução, pode conduzir a resultados disparatados. Assim, por exemplo, em relação ao tratamento cirúrgico de

²⁰ D. L. Sackett, W. S. Richardson, W. Rosenberg e R. B. Haynes, *Evidence Based Medicine. How to Practice and Teach EBM*, Nova Iorque, Churchill Livingstone, 1997.

²¹ P. G. Ramsey, J. D. Carline, T. S. Inui *et al.*, «Changes over time in the knowledge base of practicing internists», in *JAMA*, 266, pp. 1103-1107, 1991.

²² K. J. Bennett, D. L. Sackett, R. B. Haynes, V. R. Neufeld *et al.*, «A controlled trial of teaching critical appraisal of the clinical literature to medical students», in *JAMA*, 257, pp. 2451-2454, 1987.

²³ J. J. Sampaio Ferreira, «A Cochrane Collaboration. O que é? Para que serve? Como contribui para a prática da medicina baseada na evidência?», in *Acta Médica Portuguesa*, 11, pp. 739-744, 1997.

certas patologias da coluna cervical, cuja eficácia ninguém poderá questionar, a conclusão é: «The available small randomised trials do not provide reliable evidence on the effects of surgery for cervical spondylotic radiculopathy or myelopathy. It is not clear whether the short-term risks of surgery are offset by any long-term benefits²⁴.» Tomado à letra, este tipo de conclusão poderá levar, por exemplo, à suspensão do pagamento deste tipo de cirurgia por companhias de seguros de saúde, o que seria, certamente, injustificado.

Para lá do escrutínio de séries individuais, esta nova epistemologia médica recorre, cada vez com mais frequência, à chamada meta-análise, que consiste na análise da literatura publicada em relação a uma determinada matéria, em regra de importância clínica ou terapêutica, aplicando métodos estatísticos que permitem combinar um conjunto de estudos e produzir um resultado agregado. Embora muitas vezes os resultados dos estudos aleatorizados e controlados e a meta-análise apontem na mesma direção, as diferenças quantitativas dos resultados são por vezes substanciais e não é raro que duas ou mais meta-análises cheguem a resultados contraditórios²⁵. Por outro lado, este tipo de estudo exige a identificação, análise e interpretação de um número razoável de artigos originais, o que exige um considerável esforço, nem sempre bem sucedido.

Está, claramente, fora do âmbito deste trabalho uma análise epistémica rigorosa da BME^{26, 27, 28}. As críticas têm surgido quer do ponto de vista ético, quer simplesmente pragmático. Assim, por exemplo, Culpepper e Gilbert²⁹ chamam a atenção para o facto de a MBE raramente fornecer elementos que permitam responder a questões tão prementes como os valores, as prioridades ou as necessidades culturais dos doentes considerados individualmente.

A análise destes novos modos de tratar o conhecimento científico em medicina tem, a meu ver, alguma pertinência do ponto de vista sociológico. De facto, embora os seus defensores proclamem que a MBE não tem primariamente um objectivo economicista nem uma função normativa, ela é uma aliada natural da chamada *managed care*, termo que tem sido traduzido por «cuidados de saúde programados», ou «gestão de utilização de cuida-

²⁴ I. P. Fouyas, P. F. X. Statham, P. A. G. Sandercock e C. Lynch, «Surgery for cervical radioculonyelopathy (*Cochrane Review*)», in *The Cochrane Library*, n.º 4, 2001.

²⁵ J. C. Bailar, «The promise and problems of metanalysis», in *N. Engl. J. Med.*, 337, pp. 559-561, 1997.

²⁶ C. D. Naylor, «Grey zones of clinical practice: some limits to evidence based medicine», in *Lancet*, 345, pp. 840-842, 1995.

²⁷ A. Maynard, «Evidence-based medicine: an incomplete method for informing treatment choices», in *Lancet*, 349, pp. 126-128, 1997.

²⁸ C. Van Weel e J. A. Knottnerus, «Evidence-based interventions and comprehensive treatment», in *Lancet*, 353, pp. 916-918, 1999.

²⁹ L. Culpepper e T. T. Gilbert, «Evidence and ethics», in *Lancet*, 353, pp. 829-831, 1999.

dos», já praticada entre nós por diversas companhias de seguros de saúde. Baseia-se no estabelecimento de padrões de prática clínica específicos para cada grupo de patologias e obriga à definição de protocolos (*guidelines*) e ao cálculo rigoroso dos custos previsíveis de cada intervenção. Quaisquer desvios a essa prática normalizada são interpretados como causas potenciais de desperdício. Os especialistas da BME afirmam que *guidelines* apoiados por este tipo de evidencia se devem aplicar a, aproximadamente, 80% dos casos e, se os níveis de utilização forem superiores, tal significa que as variações individuais não estão a ser atendidas. Seja por uma proverbial rebeldia da profissão a qualquer intromissão na decisão diagnóstica ou terapêutica, ou porque, efectivamente, os *guidelines* não se ajustam ao fenómeno individual da doença, a verdade é que se supõe que aqueles só são aplicados a cerca de 20% dos casos.

A *managed care*, com o seu suporte epistemológico próprio, veio alterar substancialmente a prática médica, particularmente nos Estados Unidos. De facto, passou a haver um gestor que se intromete na relação unívoca tradicional médico-doente e que controla o acto médico, facilitando-o ou impedindo-o. Por outro lado, a *managed care* limita o número de encontros entre médico e doente e restringe a livre escolha do médico. Este aceita prestar um serviço por um determinado valor e submete-se a um controle de qualidade por outros profissionais. Além disso, o pagador contrata apenas os médicos que se conformam ao perfil desejável e, não raramente, oferece incentivos de produtividade àqueles que têm uma prática mais parcimoniosa no recurso a exames auxiliares ou a outros especialistas.

MEDICINAS COMPLEMENTARES OU ALTERNATIVAS

Para qualquer observador da cena médica contemporânea, um dos aspectos mais intrigantes é o ressurgimento, cada vez mais pujante, das chamadas medicinas complementares ou alternativas (MCA), também designadas por medicinas não convencionais nos projectos de lei regulamentadores do Bloco de Esquerda (34/VII, de Dezembro de 1991) e do Partido Socialista (329/VIII, de Outubro de 2000). Quer o Bloco de Esquerda, quer o Partido Socialista, sustentam a necessidade de reconhecer o direito à liberdade individual de escolha e favorecem uma visão plural da medicina.

Uma definição simples de MCA é que se trata de intervenções terapêuticas que não são geralmente ensinadas nas escolas médicas nem tão-pouco adoptadas nos hospitais. Esta definição é suficientemente vaga para incluir desde práticas com uma tradição milenar, como a medicina chinesa ou a medicina ayurvédica, à osteopatia, quiropraxia, homeopatia, aromaterapia, fitoterapia, etc.

Parece evidente que nem todas têm fundamento científico, mas algumas delas, como a acupuntura, a osteopatia e a quiropraxia, têm áreas de eficácia reconhecida. Em países como os Estados Unidos há projectos de articulação curricular entre escolas médicas alopáticas, ou seja, aquelas em que se ensina a medicina tradicional, e osteopáticas³⁰, assim como se reconhece a necessidade de ensinar MCA no currículo médico, falando-se então de medicina integrativa.

A dimensão do fenómeno a nível europeu é já notável. Quer em França, quer na Alemanha, os medicamentos homeopáticos são comparticipados pela segurança social e em França 20% dos médicos (cerca de 10 000) usam exclusiva ou parcialmente aquele tipo de medicamentos. A crescente popularidade destas medicinas tem causado grande desconforto em parte da população médica e tem constituído matéria de interessante reflexão sociológica. Deve reconhecer-se que até 1900 aquilo que era prescrito actuava predominantemente através de um efeito de placebo, embora já no século xv Paracelso, pai da farmacologia, recomendasse o uso de ópio como sedativo e analgésico e de metais pesados no tratamento da sífilis³¹.

Muitas destas práticas não têm eficácia comprovada. A questão que se pode pôr é se na apreciação do seu valor terapêutico se podem usar os critérios de validação científica da medicina convencional. Para alguns, como Tonelli³², seria preciso demonstrar que a epistemologia da MBE é aplicável às diversas artes curativas, qualquer que seja a teoria de doença ou de cura subjacente a uma modalidade particular de tratamento. De facto, a epistemologia da MBE está conforme com a teoria biofisiológica da doença, que fundamenta a prática médica corrente, e a prova é sustentada pelo tratamento estatístico de estudos aleatorizados que geram conclusões e conhecimentos, independentemente de qualquer teoria da doença. Em contraste, algumas MCA apoiam-se na convicção do efeito de forças que não são mensuráveis, como, por exemplo, o *Qi* da medicina tradicional chinesa, que é entendido como a força invisível que confere a energia vital. A proposta de criar para estas MCA uma moldura epistemológica particular é, no entanto, contestada por outros³³.

Também não é inteiramente verdade que não tenham qualquer risco e, por outro lado, por não haver qualquer supervisão ou controle de qualidade, são

³⁰ D. M. Marcus, «How should alternative medicine be taught to medical students and physicians?», in *Academic Medicine*, 76, pp. 224-229, 2001.

³¹ A. P. Grollman, «Foreword: is there wheat among the chaff?», in *Academic Medicine*, 76, pp. 221-223, 2001.

³² M. R. Tonelli e T. C. Callahan, «Why alternative medicine cannot be evidence based», in *Academic Medicine*, 12, pp. 1213-1220, 2001.

³³ B. S. Bloom, «What is this nonsense that complementary and alternative medicine is not amenable to controlled investigation of population effects?», in *Academic Medicine*, 76, pp. 1221-1223, 2001.

presa fácil do mais descarado charlatanismo. A Ordem dos Médicos portuguesa, comentando os projectos de lei a que aludi, afirma a necessidade de «vigilância e protecção [...] frente a práticas não científicas lesivas, por acção ou omissão», da integridade do doente e do seu direito a uma saúde de qualidade. A sua grande preocupação é fundamentalmente com a correcção no diagnóstico, embora aceite como boas práticas a acupunctura, a osteopatia e a quiropraxia, desde que executadas por profissionais de idoneidade reconhecida. Chama ainda a atenção para a posição da Organização Mundial de Saúde, que recomenda a aceitação em países subdesenvolvidos dos praticantes de medicinas tradicionais, reconhecendo a sua utilidade como veículo de promoção de algumas regras de higiene, e que, à falta de melhor, continuem a ser aplicadas algumas terapêuticas de base herbal que nalguns casos poderiam suprir a carência de medicamentos.

Ao contrário do que por vezes se proclama, estas não são medicinas que exploram os indigentes ou os iletrados. Na realidade, as causas do sucesso destas práticas são múltiplas e complexas. Assim, aponta-se, por exemplo, a tendência demasiado organicista da medicina tradicional, que parece ignorar a interacção da mente e do corpo e se resguarda num rígido dualismo cartesiano. Alguns argumentam que as MCA prestam melhor atenção a um certo vitalismo na saúde e na doença, devolvendo assim o controle de ambas ao doente, e que os seus praticantes prestam melhor atenção e são ouvintes mais atentos de quem os procura. Em artigo recente Burstein e cols.³⁴ demonstram que o recurso a medicinas alternativas por mulheres com cancro da mama em estado precoce era, afinal, um sinal de sofrimento psicossocial e de pior qualidade de vida.

É provável que o recurso às MCA tenha uma base sócio-cultural que traduz um certo grau de nostalgia neo-romântica que valoriza a simplicidade e a espiritualidade própria das contracorrentes culturais dos anos 60 e 70³⁵. O sucesso das MCA é também sinal não só de uma clara iliteracia científica, como de uma atitude anticientífica. Mas vão florescendo, apoiadas por poderosas operações de *marketing* e tratadas com benevolência, quando não com entusiasmo, pelos *media*, que proclamam os «êxitos» sensacionalistas destas práticas.

A Ordem dos Médicos portuguesa, em compreensível reflexo de defesa corporativa não só contra as MCA, mas também em relação a outras práticas por profissionais de saúde reconhecidos mas que, no seu entender, transgrediram de forma inaceitável a sua autonomia profissional, tem-se batido pela aprovação de legislação que defina de forma inequívoca o chamado «acto médico». Este é entendido como a actividade de avaliação diagnóstica, prognóstica, de prescrição e execução de medidas terapêuticas relativas à

³⁴ S. Burstein Gelber, E. Guadagnolo *et al.*, «Use of alternative medicine by women with early stage breast cancer», in *N. Engl. J. Med.*, 340, pp. 1733-1739, 1999.

³⁵ B. C. Beyerstein, «Alternative medicine and common errors of reasoning», in *Academic Medicine*, 76, pp. 230-237, 2001.

saúde das pessoas, grupos ou comunidades. O exercício deste acto seria da responsabilidade dos licenciados em Medicina regularmente inscritos na Ordem. Outros profissionais de saúde legalmente habilitados poderiam prestar acções técnicas integradas no conceito de acto médico, sob orientação ou mediante prescrição médica, sem prejuízo da prática autónoma de actos que constituíssem competência própria da sua profissão. Esta lei foi vetada pelo Presidente da República, o que causou grande indignação por parte dos representantes da classe. Devo dizer que, em meu entender, na sua presente redacção, a lei iria criar um grave e inoportuno conflito interprofissional, particularmente com os profissionais de enfermagem, pois não contempla, com a necessária clareza, a multidisciplinaridade nos cuidados de saúde do tempo de hoje. Reconheço, contudo, que esta é uma posição claramente minoritária.

O PROFISSIONALISMO MÉDICO

Quando, em 1822, foi fundada a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, os seus membros, provavelmente sem excepção, praticavam uma profissão liberal.

Curiosamente, o adjectivo *liberal* parece ter caído em desuso e hoje, mesmo nas disputas mais acesas sobre a incompatibilidade entre o serviço de assalariado do Estado e a prática privada, ninguém utiliza tal qualificação. É claro que numa sociedade em que, para muitos, ao conceito de liberal, ou, pior ainda, neoliberal, se associa a prática de uma insensível e desumana política de direita a noção de profissão liberal surge inevitavelmente tingida da conotação de uma defesa corporativa de valores que colidem com os interesses mais largos da sociedade.

Vale a pena reflectir um pouco sobre o termo *liberal*. Este tem a sua origem na expressão latina *liber*, que quer dizer liberdade³⁶. Mas a palavra tem raízes mais fundas, pois é semelhante ao inglês antigo *leodan*, que significa crescer, e *leod*, que significa pessoa. Está ainda relacionada com a palavra grega *eleutheros*, que quer dizer livre, e parece ir mesmo até ao sânscrito, onde a palavra *rhodati* significa «subir» ou «crescer». Liberal contém, portanto, na sua essência, dois valores de fundamental nobreza: a liberdade e o progresso. O próprio conceito romano de *artes liberales* implicava a noção de desenvolvimento da cultura em liberdade.

Importa igualmente definir o que é uma profissão e os valores próprios do profissionalismo, porque são estes que definem os pilares fundamentais da sua deontologia e ética.

Até ao século XII cerca de 98% da população trabalhavam no campo; eram chamados os *laboratores*. O desenvolvimento urbano obrigou à diferenciação

³⁶ W. Cronon, «Only connect...», in *The American Scholar*, Outono de 1998, pp. 73-80.

dos vários ofícios — construção, alimentação, vestuário, etc. — e, ao mesmo tempo, estratificou a sociedade em categorias sociais e profissionais. A palavra «ordem» surge em muitos textos dos séculos XIV e XV. A sociedade de ordens era, no fundo, um tipo de organização social, com características específicas em cada país, em que os membros se repartiam por categorias hierarquizadas e estanques, definidas por critérios ideológicos, miticamente protegidas, a que se tinha acesso por nascimento ou por rituais de sacração. O rei D. Duarte, no *Leal Conselheiro*, considerava cinco estados, um dos quais incluía entre as artes e mesteres os físicos, ou seja, os médicos e os cirurgiões.

Estas ordens ou corporações, que ganham incremento a partir de D. João I, tinham, como disse, uma clara organização hierárquica, ordenada em mestres, oficiais e aprendizes, e são a semente das modernas ordens profissionais. Acrescente-se que, curiosamente, a «Casa dos 24» se reunia no Hospital de Todos os Santos, sinal, quem sabe, de uma precoce sensibilidade dos meus antepassados no ofício para as questões sócio-profissionais. As ordens zelavam pelo cumprimento das normas profissionais, e não admira, pois, que se preocupassem em denunciar os falsos médicos, como um tal Joseph Contador, judeu residente em Avis, que foi acusado por um criado do infante D. Henrique, depois preso e condenado e mais tarde perdoado. Isto prova que a leniência em relação aos profissionais que prevaricam não é só do nosso tempo.

Na sua essência, os valores fundacionais do profissionalismo mantiveram-se até aos nossos dias³⁷⁻⁴⁰. Para o filósofo americano A. N. Whitehead, uma profissão era uma *avocation*, ou seja, uma ocupação, cujas actividades são objecto de uma análise teórica e são modificadas por essa mesma análise. Freidson⁴¹ definiu as profissões segundo uma matriz sociológica e usou a medicina como paradigma de todas as profissões. Para ele, uma profissão é um tipo específico de ocupação, que desempenha trabalho com características especiais, competindo pela recompensa económica, social e política.

O avanço do conhecimento contribui para modificar a natureza de todas as profissões e, como nota Swick⁴², isto é particularmente evidente em relação à profissão médica. De facto, as profissões estão hoje muito mais

³⁷ D. M. Krankford e T. R. Konrad, «Responsive medical professionalism: integrating education, practice, and community in a market-driven», in *Academic Medicine*, 73, pp. 138-145, 1998.

³⁸ A. S. Relman, «Education to defend professional values in the new corporate age», in *Academic Medicine*, 73, pp. 1229-1233, 1998.

³⁹ G. F. Sheldon, «Professionalism, managed care, and the human rights movement», in *Bull. American College Surgeons*, 83, pp. 14-33, 1998.

⁴⁰ M. K. Wynia, Jr., S. R. Latham, A. C. Kao *et al.*, «Medical professionalism in society», in *N. Engl. J. Med.*, 341, pp. 1612-1616, 1999.

⁴¹ E. Freidson, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

⁴² H. M. Swick, «Toward a normative definition of medical professionalism», in *Academic Medicine*, 75, pp. 612-616, 2000.

orientadas para a aplicação do conhecimento especializado e menos preocupadas com o bem daqueles que é suposto servirem. A ascensão deste *expert professionalism* foi acompanhada de um declínio paralelo do sentido tradicional do *social-trustee professionalism*.

Se atentarmos nas várias características do profissionalismo, torna-se claro que se apoia numa estrutura de valores fundamentalmente morais. Em primeiro lugar, qualquer profissão implica um compromisso social; pela criação de bens úteis à sociedade cumpre, assim, o dever do altruísmo. Em segundo lugar, obriga a educação e treino específicos e ao constante assimilar do progresso, incorporando na sua bagagem novos conhecimentos e novas técnicas. O conhecimento é, pois, um princípio ético fundacional de qualquer profissão. É também cláusula indispensável do contrato social, hoje vigiado de uma forma muito mais atenta, e por isso não é mais possível fugir à sua verificação periódica. A avaliação continuada da competência é uma exigência natural do nosso tempo, que muitas corporações profissionais teimam em ignorar e sobre a qual direi adiante mais alguma coisa.

Um terceiro valor fundamental é a autonomia, ou seja, o direito da auto-regulação. Este é um conceito-chave: a sociedade troca a competência profissional pelo direito de se auto-regular. Este contrato é assegurado pela certificação da qualidade dos membros e pela conformação destes a códigos de conduta que, ao longo dos séculos, têm constituído uma amálgama evolutiva de teoria ética, etiqueta, leis e formas particulares de socialização de cada profissão.

De facto, a auto-regulação e o controle profissional estão fundamentalmente ao serviço de um bem social de interesse público e encerram uma relação moral importante. No caso da medicina, o cerne dessa relação era, e é ainda hoje, o bem do doente⁴³, embora a noção do que é o «bem biomédico» e o modo como este se harmoniza com o «bem pessoal», ou até o «bem social», sejam de facto uma das questões mais discutidas da ética contemporânea.

É indiscutível que o profissionalismo é, pois, uma força estruturante na sociedade, com um mandato moral correlativo, mas nem sempre cumprido. Neste aspecto, as faltas da profissão médica são as mais conhecidas e publicitadas, desde a abjecta prática dos médicos nazis à subjugação ao controle político dos psiquiatras na antiga União Soviética. Mas, decorrendo da natureza reflexiva do profissionalismo, surgiu há cinquenta anos, na sequência dos crimes nazis, o Código de Nuremberga, que veio, pela primeira vez, regular a experimentação humana.

⁴³ M. S. Marques, «Um acto médico correcto e aumentado», in *Acta Médica Portuguesa*, 11, pp. 543-554, 1997.

Implícitos nos valores a que aludi estão a definição e o ensino formal de um código deontológico. Este não é mais do que um conjunto de normativas ou regras de comportamento que se alicerçam em princípios éticos, da moral e do direito e procura ordenar uma boa prática profissional. Inscreve-se na cultura do tempo e não é, por isso, necessariamente imutável. A deontologia é, portanto, matéria viva, transformável, embora deva assegurar a fidelidade à missão essencial de serviço que qualquer profissão implica.

Exemplo da ductilidade de certos conceitos é o segredo profissional. O preceito 9.º do juramento hipocrático afirma, por exemplo: «Sobre aquilo que vir ou ouvir, respeitante à vida dos doentes, no exercício da minha profissão ou fora dela, e que não convenha que seja divulgado, guardarei silêncio como um segredo religioso.» Este princípio foi sancionado pela Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial em 1948 e nas sucessivas revisões do Código Internacional de Ética Médica (Londres, 1949, revisto em 1968 e 1983).

Hipócrates não previu decerto que o valor do segredo deixaria de ser absoluto e que iriam surgir derrogações obrigatórias, como a notificação de certas doenças infecciosas, ou as que derivam da prática contratual da medicina, como na medicina dos seguros ou na medicina desportiva.

Um exemplo deste tipo de conflito está bem documentado num caso usado frequentemente nos Estados Unidos para o ensino da ética em direito, o famoso caso de *Spaulding vs. Zimmerman*⁴⁴. Z era condutor de uma viatura e sofreu um acidente em que S, passageiro do carro, fracturou várias costelas. A companhia de seguros de Z mandou S ao seu médico, que lhe descobriu um aneurisma da aorta, não relacionado com o acidente, e que S e o seu médico privado ignoravam. O médico da companhia de seguros não revelou o achado e limitou-se a comunicá-lo ao advogado da companhia, a vítima é indemnizada e o processo encerrado. Pouco depois, o aneurisma é diagnosticado, S é operado e pede que o processo seja reaberto, alegando que os resultados da observação médica deveriam ter-lhe sido comunicados.

Este caso é particularmente interessante, embora não creia que, nestes termos, pudesse ocorrer entre nós, mas ilustra como certas circunstâncias alteram a relação fiduciária tradicional entre médico e doente. Por exemplo, nos sistemas de *managed care*, como já referi, o médico é incentivado a poupar e recompensado monetariamente se reduzir o número de exames laboratoriais ou o recurso a especialistas.

Uma situação dilemática particularmente difícil diz respeito à revelação aos familiares de certos diagnósticos, como no caso da SIDA, ou à ocultação do diagnóstico ao próprio doente. Alguns eticistas dizem tranquilamente ser matéria a deixar à consciência de cada médico, embora este esteja muitas

vezes demasiado próximo da face humana do problema para encontrar com clareza a resposta que procura.

De facto, o respeito pela individualidade de cada um, pelo segredo da sua intimidade e pelo recato dos dados, cada vez gravados com mais precisão em arquivos informatizados, em vez de registados na escrita cabalística das fichas de consultório, e a destrição entre o público e o privado são problemas candentes da moral das profissões que ganham por vezes dimensões novas e inesperadas, como é o caso do genoma humano⁴⁵⁻⁴⁷.

Ao falar-se de ética profissional, onde se busca o fundamento de qualquer código deontológico, importa, por razões operacionais, distinguir três conceitos. O entendimento mais comum da ética é ser esta a disciplina filosófica que estuda os fundamentos da prática moral. Um segundo conceito refere-se aos juízos morais que inspiram o modo particular de cada um exercer o seu ofício. No caso do médico tem raízes ancestrais no modelo hipocrático da solidariedade e do altruísmo. Finalmente, fala-se também de uma ética que define códigos de princípios mais precisos, dirigidos a questões específicas, por vezes determinando regras de carácter imperativo. Esta é a ética que se ocupa de velhas questões, como o aborto, de novos problemas, como a clonagem ou o uso de embriões humanos, ou de velhos problemas com novas roupagens, como a eutanásia. São, de um modo geral, temas desta natureza os que mais polarizam os debates dos especialistas que sobre eles se debruçam em debates doutrinários, pluralistas, tolerantes ou sectários. A meu ver, infelizmente, tais debates carecem muitas vezes de um esclarecimento límpido da questão científica que pretendem apreciar ou são abafados pelo grito de quem se julga moralmente superior e ignora que o verdadeiro debate ético deve surgir sempre da súplica de uma consciência inquieta. Por outro lado, na minha área, o matraquear constante dos temas mais mediáticos faz esquecer certas questões, mais comuns e talvez mais relevantes, como o acesso aos cuidados de saúde ou a equidade na sua repartição.

Não nego que somos nós, médicos, quem nestas matérias tem pergaminhos mais antigos, codificados nos mandamentos hipocráticos, ainda hoje jurados. A escola hipocrática pretendia sobretudo assegurar a boa prática da *techné*, palavra complexa, que significava simultaneamente arte, ciência,

⁴⁵ D. S. Schneidman, «The medical records confidentiality issue: an overview», in *Bull. American College Surgeons*, 83, pp. 18-23, 1998.

⁴⁶ F. S. Collins, «Shattuck lecture — medical and societal consequences of the human genome project», in *N. Engl. J. Med.*, 341, pp. 28-37, 1999.

⁴⁷ B. P. Fuller, M. J. E. Kahn e P. Barn, «Privacy in genetics research», in *Science*, 285, 1359-1361, 1999.

profissão, indústria, coisas que um homem faz em colaboração com outros e com as suas próprias mãos. Para lá da boa prática, preocupava-a a não maleficência, o *primum non nocere*.

A segunda componente ética vai encontrar o seu fundamento no cristianismo e é ilustrada na parábola do Bom Samaritano, descrita em S. Lucas (x, 30), sobre o homem que fora assaltado e deixado como morto. Passaram indiferentes um sacerdote e um levita, e apenas o samaritano cuidou dele, o levou para uma estalagem e pagou dois denários ao estalajadeiro, dizendo: «Trata bem dele e o que gastares a mais pagar-te-ei quando voltar.» É por isto que eu costumo dizer que o défice na saúde tem o seu fundamento no Novo Testamento. Aliás, já Charles Dickens escreveu que um bom samaritano é um mau economista.

Finalmente, há ainda quem mencione como relevante o conceito da nobreza do serviço, bem expresso na actividade das ordens hospitalares criadas para servir os cruzados do século xi.

As contribuições filosóficas mais substantivas para a reflexão ética actual nasceram sobretudo dos movimentos de defesa dos direitos do homem, inspirados por correntes do pensamento tão diversas como o existencialismo e o personalismo. Assim foram tomando corpo os princípios fundamentais da ética médica contemporânea: a autonomia, a beneficência, e o seu par, a não maleficência, a justiça e o conhecimento.

O princípio da autonomia sobrepõe-se hoje ao tradicional paternalismo médico, cujas virtudes e virtualidades recomeçam hoje a ser reconhecidas, depois de terem sido consideradas quase um anátema moral. Na sua essência está o direito de o doente decidir; isto tem como expressão prática o consentimento informado, matéria, aliás, muito mais complexa do que alguns teóricos da ética, que provavelmente raras vezes, ou mesmo nunca, o tiveram de obter, parecem sugerir. A autonomia tem fundamentos filosóficos sólidos, como o racionalismo kantiano, que afirma que uma decisão é autónoma se é racional, e o pensamento liberal do século xix de John Stuart Mill, que na perspectiva utilitarista apoia a liberdade de decidir desde que a decisão não interfira com os direitos de outros, e ganhou particular desenvolvimento na área do direito com John Rawls.

NOVAS AMEAÇAS

Se é verdade que o profissionalismo professa, e a expressão é propositalmente pleonástica, valores éticos fundamentais e, para a sua defesa e expressão, reclama uma autonomia quase absoluta, o facto é que esta posição é desde há várias décadas cada vez mais contestada, e a meu ver correctamente, sobretudo por sociólogos. Freidson, por exemplo, afirma: «When the

leaders of the profession invoke ethics and the values of professionalism, (the) critics declare it a self-serving ideology that masks the reality of naked self-interest.» Isto é particularmente aparente na profissão médica e o conflito, que analisei extensamente noutra escrito⁴⁸, nasce do choque da cultura médica tradicional com a cultura empresarial e a cultura política.

Quanto à primeira, basta chamar a atenção para o facto de a relação unívoca médico-doente se ter alterado de forma substantiva com a expansão das especialidades e subespecialidades, a necessidade de trabalhar em equipa com outros profissionais da saúde e a dependência cada vez maior de patrões — Estado, companhias de seguros, outros financiadores —, o que mina a natureza liberal da medicina.

A necessidade de partilhar o que era propriedade reconhecida e aceite de uma só profissão é uma realidade da sociologia das profissões, particularmente bem ilustrada no acto de diagnosticar e tratar. Por isso me oponho, como já mencionei, por razões doutrinárias e pragmáticas, a qualquer tentativa de definição redutora do «acto médico». Esta matéria é paradigma de potenciais conflitos dentro de qualquer profissão que se decompõe em subprofissões, subespecialidades ou subcompetências, ou entre profissões que partilham o mesmo terreno de actividade: arquitectura e engenharia; medicina e biologia, veterinária ou farmácia; economia e direito, etc. Tais conflitos têm inegável génese corporativa e estendem-se até aos mecanismos de concessão de títulos académicos. Em relação especificamente ao «acto médico», é cada vez mais difícil definir com precisão as fronteiras de intervenção no tratamento de um doente. Mais proveitoso é defender o conceito de equipa e da partilha harmónica, inteligente e construtiva de responsabilidades.

Outro exemplo da necessidade da reflexão ética multidisciplinar diz respeito à introdução de novas tecnologias, como na área da terapêutica genética, em que várias profissões se empenham: médicos, biólogos, farmacêuticos, engenheiros (e a engenharia biomédica é um novo e florescente ramo), juristas e economistas. É aqui que a cultura médica colide com a cultura empresarial, pois a expansão científica e tecnológica tornou a saúde um negócio cada vez mais atraente, convidando o médico e profissionais tradicionalmente afastados deste saber utilizável e rentável a tirar vantagem do potencial de investimento que representam⁴⁹. O grande campo da ética nesta área é o da regulamentação dos conflitos de interesses.

O complexo médico-industrial é um outro fenómeno irreversível do nosso tempo, cuja repercussão na prática e na moral das profissões da saúde não deve ser escamoteada, mas, pelo contrário, olhada criticamente, extraindo

⁴⁸ J. Lobo Antunes, «Três culturas», in *Análise Social*, 33, pp. 563-582, 1998.

⁴⁹ D. Blumenthal, E. G. Campbell, N. Causino *et al.*, «Participation of life-science faculty in research relationships with industry», in *N. Engl. J. Med.*, 335, pp. 1734-1739, 1996.

sem receio as normas reguladoras que permitam uma convivência saudável que a todos beneficie.

Por outro lado, uma ameaça e uma intrusão decisivas nos interesses corporativos, objecto de um estudo interessantíssimo de Krause, intitulado *Death of the Guilds*⁵⁰, são as intervenções da política, que sempre temeu o poder corporativo, entendendo, por exemplo, que a saúde e a justiça são bens sociais demasiado importantes para serem deixados à guarda exclusiva de classes profissionais. Além disso, ao reconhecerem que os meios económicos eram limitados para fazerem frente à crescente despesa que os cuidados médicos comportavam, os políticos introduziram mecanismos de racionalização de custos, que necessariamente entram em conflito com a prática médica tradicional. A ética da racionalização é outro desafio pluriprofissional a que se não pode escapar e que os médicos têm tido muito relutância em aceitar. Já não é possível ignorar que os recursos são finitos e é necessário pensar simultaneamente nos nossos doentes, nos doentes que não são nossos e nos futuros doentes.

Para além do controle da despesa, a intervenção do Estado ganhou ainda força na convicção de que, efectivamente, as corporações não exerciam sobre os seus membros a disciplina e a regulamentação que por inerência lhes cabiam e os governos tendem a apropriarem-se cada vez mais abertamente dessas funções.

Quem se preocupa com estas matérias percebe que a medicina mudará mais nos próximos 20 anos que nos últimos 2000, conforme sublinhou Sir Leslie Turnberg, presidente do Royal College of Physicians. Para lá da biomedicina, a que já aludi, a outra força revolucionária que vai alterando radicalmente a prática médica é a nova ciência e as novas tecnologias da informação, que, como alguém referiu, criou um «neocórtex electrónico» que, simultaneamente, nos reduz a singularidade e alarga imensamente as nossas capacidades operacionais. Ela levará inevitavelmente à globalização da biomedicina.

É curioso recordar que, na realidade, a globalização não é um fenómeno do nosso tempo. De facto, tudo começou com Gutenberg, nascido em Mainz em 1455. Gutenberg era um ourives que resolveu comprar uma máquina de pisar uva, compor uma série de caracteres móveis e construir assim a primeira impressora. As consequências foram fenomenais: imprimiu a primeira Bíblia, mas, provavelmente, a descoberta não teria tido grande repercussão se a Igreja não tivesse percebido como a nova máquina era útil para publicar bulas e indulgências. Os papas tornaram-se, assim, os homens mais ricos do seu tempo. Mas a imprensa teve outras consequências: serviu também para estimular o povo a aprender a ler (o que era um privilégio até então dos conventos e dos académicos), e em cerca de quarenta anos já havia impressoras em 140 cidades da Europa; e assim se criaram jornais, e houve um reforço importante na coesão social.

Quinhentos anos depois, vale a pena meditar sobre quais são as descobertas do nosso tempo que alteraram aquilo que somos ou o que fazemos. Um inquérito do *Los Angeles Times* a um grupo de cientistas aponta como grandes factores de progresso, primeiro, a electricidade, depois, o microprocessador, o computador, o ADN, o telefone, o automóvel, a Internet, a televisão, a refrigeração e a aviação. Repare-se que, destas dez grandes descobertas tecnológicas, pelo menos sete têm a ver com a globalização. Esta tem já enorme repercussão na prática médica e de algum modo veio também mitigar a assimetria do conhecimento entre o médico e o seu doente que moldava a relação médico-doente.

O progresso científico e tecnológico fez com que seja hoje muito mais difícil manter um nível sustentado de competência profissional. Mas esta é hoje muito mais vigiada não só pelos pares, mas pelos doentes (afinal, o objecto do nosso cuidado), pelos *media*, pelos financiadores e pelos políticos. Por outro lado, a certificação (e a recertificação) assume hoje uma característica supranacional pela disparidade de formação, mesmo em países da Comunidade Europeia, e é, quanto a mim, exigível pela livre circulação de médicos no espaço europeu e sê-lo-á, mais tarde ou mais cedo, pela globalização dos cuidados médicos e do seu financiamento. Os dirigentes nacionais da profissão parecem continuar a não o entender.

A matéria é complexa porque é difícil definir com clareza o que é competência e como se avalia. Uma definição simples é que a competência é a ponte entre o conhecimento e a acção. O American College of Surgeons distingue quatro elementos de competência:

1. Aptidões interpessoais (compaixão e empatia, capacidade de comunicação, sensibilidade a uma variedade de questões culturais, colegialidade);
2. Comportamento moral e ético (ausência de consumo de tóxicos, integridade, responsabilidade civil ou criminal);
3. Base de conhecimento (aferível por um exame estruturado);
4. Desempenho clínico (*outcomes*, ajustados ao risco, aptidão teórica, julgamento e consciência das limitações).

É por isso que me parece inevitável que se estabeleça um sistema de creditação estreitamente relacionado com a recertificação profissional. São para mim difíceis de aceitar posições como a de um antigo bastonário que declarava que «os créditos não serão, não desejaremos que sejam e vamos evitar que possa acontecer que se tornem veículos de implantação de uma medicina filosófica» e, em absurda bravata, afirmava «o nosso propósito de não ajoelharmos perante a Europa médica que cuida do telhado sem se preocupar com os alicerces».

De facto, a recertificação é uma obrigação que nasce do fundamento ético do profissionalismo e do contrato social que encerra — troca de autonomia concedida pela competência assegurada.

CONCLUSÃO

Em conclusão, estamos hoje em face de um novo paradigma da prática profissional que lança desafios inéditos ao profissionalismo liberal^{51, 52} tal como o concebíamos:

- Ao juízo clínico individual, com uma imponderável componente empírica, opõe-se hoje a chamada medicina baseada na evidência;
- A prática individual é condicionada por *guidelines* e protocolos nem sempre ajustáveis ao fenómeno biológico da doença;
- Os custos da saúde são agora um factor decisivo nas políticas da saúde;
- A qualidade não é mais definida apenas por valores técnicos e profissionais, mas depende de uma variedade de outros factores, tais como a relação custo-eficácia e a avaliação subjectiva pelo doente;
- Ao incentivo de fazer mais contrapõe-se o estímulo de fazer menos. Como alguém já disse, os doentes têm agora alta *sicker and quicker*;
- A autonomia profissional foi substituída progressivamente pela interdependência científica, profissional e administrativa.

Steven Brint⁵³ chama a atenção para o facto de que sem um forte sentido das suas obrigações públicas e sociais, apoiados no conhecimento específico que cultivam, os profissionais tendem a perder a sua individualidade e o seu discurso no debate público deixa de ser ouvido. É evidente para mim que isto é algo que parece escapar à classe médica e aos seus dirigentes e no debate sobre os cuidados de saúde a sua voz é frequentemente abafada por interesses económicos, políticos ou empresariais. Por esta razão, torna-se importante uma definição normativa do profissionalismo médico.

Em minha opinião, neste novo cenário, um profissional só pode afirmar-se na sociedade contemporânea se salvaguardar três princípios fundamentais:

1. Ter um suporte ético específico, que no caso da medicina implica altruísmo, compaixão, integridade, verdade e competência técnica, como

⁵¹ R. L. Cruess, S. R. Cruess e S. E. Johnston, «Renewing professionalism: an opportunity for medicine», in *Academic Medicine*, 74, pp. 878-884, 1999.

⁵² D. J. Rothman, «Medical professionalism — focusing on the real issues», in *N. Eng. J. Med.*, 342, p. 1285, 2000.

⁵³ S. Brint, *In an Age of Experts: The Changing Role of Professionals in Politics and Public Life*, Princeton, Princeton University Press, 1994.

valores igualmente respeitáveis, e isto não deve colidir com os interesses da gestão;

2. Afirmar os seus valores, explicitando claramente as regras que os regem;
3. Participar como parceiro social, independente e reconhecido como tal.

O contrato tácito que fizemos com a sociedade que nos deu a liberdade de actuar como profissionais é fundamentalmente moral e supõe, para lá do contínuo aperfeiçoamento científico e técnico, uma reflexão ética correlativa. Mas não haja dúvida de que só iremos sobreviver, mantendo acesa uma chama que arde há muitos séculos, se soubermos exercer essa liberdade, não para garantir um privilégio, mas para cumprir um serviço.