



Uma Medicina para a nova década?¹

Walter Osswald*

Ao aceitar (com imprudente precipitação, que a veteranaria própria de um geronte não conseguiu controlar) o sumamente honroso encargo de vir aqui, perante uma vasta audiência de colegas que conhecem o chão que pisam, que é o da prática dessa nobilíssima área da Medicina que é a da Clínica Geral, corri riscos de que só mais tarde – demasiado tarde – pude apreciar a complexidade e a gravosidade. É que o título, proposto e de certo modo imposto pelos organizadores, implica posições e capacidades que estou certo de não possuir. Na realidade, para traçar nesta assembleia características, conteúdos e modos de agir de uma Medicina adequada à década que vai ter início no dia 1 de Janeiro do ano de 2011, eu teria, necessariamente, de saber o que acontecerá nessa década, como evoluirão as expectativas e exigências dos cidadãos enquanto aos serviços e possibilidades de opção que os governos lhes oferecerão, como se comportarão os profissionais de saúde, como traçará o seu percurso a espiral dos custos, como funcionará a ciência e quais os produtos que poderá oferecer à sociedade civil, e muitas mais variáveis que desempenham decisivo papel no tão complexo quadro daquilo a que, de modo simplificado e um tanto ou quanto reductor, chamamos o mundo da saúde. Por isso nos adverte o sábio filósofo Paul Ricoeur que «não é tarefa dos intelectuais antecipar os acontecimentos que são totalmente opacos e sujeitos a inúmeras contingências...» Mas mesmo que tivesse em meu poder a infalível bola de cristal ou possuísse os dons divinatórios da pitonisa de Delfos ou, mais moderadamente, dos «professores» que iluminam com o brilho das suas reluzen-

tes dentaduras os anúncios do «Diário de Notícias», ainda assim não seria capaz de vos traçar aqui um quadro da Medicina de que a próxima década necessita. É que, como já afirmava em 1971 o filósofo e político Edmund Burke, «nunca é possível planear o futuro a partir do passado», assim desprezando a opinião do seu conterrâneo e quasi contemporâneo Lord Halifax, para quem «A melhor maneira de supor o que virá é lembrarmos do passado».

Chegados aqui, é forçoso confessar que neste mesmo momento deveria interromper a minha mal iniciada divagação, já que não conheço o futuro nem teria, caso o vislumbrasse, talento e arte para esquisar a Medicina que o servirá; mas como no título consegui insinuar um ponto de interrogação, valho-me desse sinal ortográfico, todo ele gerador de dúvida e incerteza, para continuar este exercício arriscado, a que me submeto na consoladora certeza de que as minhas previsões, se as chegar a enunciar, não serão confrontadas, dentro de alguns anos, com a realidade que então ocorra, por já ninguém delas se lembrar. É com esta certeza que me abalanço a cautelosamente falar do futuro.

Não o farei com estados de alma e coloridas emoções, tendo presente que Blücher (não o marechal prussiano, mas o anarquista marido de Hannah Arendt) caracterizou os optimistas como tolos e os pessimistas como cobardes. Pessimista foi por exemplo o conhecido analista da saúde Rothman, quando no seu livro¹ sobre os estranhos junto do leito do doente, afirmou que a recente evolução na saúde tinha distanciado o médico do doente, rompendo a relação pessoal e cortando os laços de confiança. Pessimista, sem dúvida, mas seguramente não incluído no grupo dos tolos!

Tentarei referir alguns dos tópicos que continuarão a concitar atenções, a suscitar polémica e a serem politicamente aproveitados na próxima década.

Em primeiro lugar, o financiamento da saúde. Haverá quem defenda o princípio da criação de um im-

¹ Conferência inaugural do Congresso de Clínica Geral (Vilamoura, 17 de Março de 2010).

*Professor aposentado da Faculdade de Medicina do Porto, Detentor da Cátedra de Bioética da UNESCO – Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa, Porto



posto para a saúde, proporcional à riqueza individual, como única fonte para as despesas de saúde, libertando-as da sujeição ao Orçamento Geral do Estado. As alegadas vantagens incluiriam a possibilidade de se optar, eventualmente, por auto exclusão do sistema estatal ou público, com todas as suas consequências, acabando-se com a promiscuidade existente, em que uma parte considerável da população recorre à medicina privada, mas não dispensa o usufruto das participações nos medicamentos e o recurso gratuito aos recursos sofisticados. Outros proporão o seguro obrigatório de saúde, à maneira de Obama, para garantir o complemento de intervenções diagnósticas e terapêuticas não asseguradas pelo sistema público de saúde, que se limitaria a um pacote básico de cuidados gratuitos. Esta é, das soluções preconizadas, a que suscita mais reservas àqueles que vêm nela a medida precursora de um racionamento dos cuidados, que aliás outros consideram indispensável e já subtilmente introduzidos nos sistemas de saúde europeus. Não haverá falta de propostas, incluindo a da livre escolha de médico e hospital, mas ganhará cada vez maior espaço o conceito da não sustentabilidade da situação actual, com a convicção de que não será possível continuar a dar sempre tudo a todos, se não houver alterações profundas do modo de financiamento. O desperdício continuará, e bem, a merecer generalizada reprovação: perante a escassez de meios, é censurável que se desperdicem medicamentos, recursos humanos, meios auxiliares de diagnóstico, internamentos, transporte de doentes, tempo dos profissionais.

De braço dado com o problema do financiamento surge a momentosa questão da estrutura organizacional de todo o sistema. Talvez já não se discuta a sua reforma, tantas vezes anunciada e outras tantas vezes apodada de improvável, quando não de inexecutável. De qualquer modo, é de prever que algo aconteça a nível dos cuidados de saúde primários, que finalmente serão vistos como essenciais em qualquer sistema de saúde e reconhecidos como peça fundamental, pese embora à cultura hospitalocêntrica que por aqui se instalou. As sub-regiões terão finalmente deixado de existir, os agrupamentos, as unidades de saúde familiares e até as unidades locais de saúde conviverão em harmoniosa complementaridade, deixará de haver necessidade de uma missão e, como símbolo desse clima de «paz sob

as oliveiras» desaparecerão do discurso as inestéticas e enigmáticas siglas que presentemente enxameiam: MCSP, ULS, CSP, ACES, USF, RNCCI, RRIO, ARS... Como palpável consequência desse clima de paz, os médicos terão as suas carreiras bem definidas e saberão exactamente, em cada momento, qual a sua situação e possibilidades de acesso. Não haverá atrasos na abertura de concursos, nem anulações de concursos já abertos, nem queixas apresentadas nos tribunais, porque tudo será transparente, justo e acessível.

Outra questão importante é a das opções e prioridades. Não duvido que a primeira das opções seja pela medicina que presta cuidados de saúde primários: se da infantaria se dizia ser a rainha das batalhas, a clínica geral e familiar é certamente a rainha da saúde. Os cuidados continuados e os cuidados paliativos ocuparão lugar de relevo, já que o mais elementar sentido da realidade nos ensina que os doentes crónicos e os terminais adquirem cada vez mais importância e peso, quantitativo e qualitativo, para além do imperativo ético irrecusável que representa o cuidar dos mais fragilizados dos nossos doentes. A visita domiciliária, paradigma de humanidade e simultaneamente poupadora de recursos, será incentivada e ficará a cargo de equipas de médicos e outros profissionais de saúde.

A saúde mental e a oncologia, já contempladas com planos e redes, ganharão finalmente o protagonismo que o público exige e a preocupação ética recomenda. Mesmo sem tais poderosos propugnadores, a saúde pública, reconhecida a sua fulcral importância, sairá finalmente da modesta obscuridade que actualmente lhe é reservada.

O quarto vector seleccionado para esta rapidíssima viagem à volta da próxima década é, como não poderia deixar de ser, o do medicamento, no qual incluo, com incorrecção evidente mas com utilidade pragmática, os meios de diagnóstico e os dispositivos médicos. A tentação dos governos, simultaneamente agentes reguladores e maiores clientes das respectivas indústrias, é a de procederem a drásticas reduções de custos nesta área, mais facilmente acessível à intervenção estatal que as de outros mananciais de despesa (por ex., verbas para pessoal ou hospitalares). Mas, para usar uma expressão que nos é familiar, o prognóstico é reservado.

De facto, as indústrias em causa têm demonstrado serem capazes de manifestar enorme resiliência, res-



surgindo mais fortes e acutilantes de todos os cortes, baixas de preço (impostas), manipulações das participações e restrições ao receituário a que as entidades governamentais recorrem. O equalitário e por isso radicalmente injusto sistema de participações, o peso político das multinacionais, as pressões das associações de doentes e de outros lóbis, a promoção farmacêutica, a resistência dos médicos a qualquer tentativa de regulamentação da prescrição, os interesses das farmácias, todos esses factores intervêm na chamada política do medicamento, em que será difícil traçar um rumo e pô-lo em prática. Com medicamentos novos (e não digo inovadores, já que a vulgar novidade não implica necessariamente a rara inovação) cada vez mais caros, a única esperança de conseguir uma relativa contenção de custos reside na educação terapêutica dos médicos, convencendo-os a adoptarem um receituário racional, baseado em provas da valia terapêutica dos fármacos. Só assim se poderá evitar que se possa acusar os colegas que tanto receitam de serem, como asperamente criticava no sec. XVII Jerónimo Miranda «preguiçosos e desprovidos de engenho, não sabem senão fazer receitas como fariam fardos de mercadoria...»

Paremos por um momento, depois deste arrazoado sobre o futuro, balbuciado por quem se declarou e assumiu como incapaz de delinear os acontecimentos da próxima época. Provavelmente não fiz mais do que seguir o conselho de Lord Halifax, olhando para o passado para nele divisar linhas mestras ou orientadoras do porvir. E isto sem entrar em conta com o que certamente virá, mas cujo alcance, consequências sociais e implicações éticas são indecifráveis. Refiro-me, claro está, aos vertiginosos avanços da tecnologia médica, prenhe de revolucionárias capacidades de intervenção no corpo e na psique de doentes e sãos. Não temos dúvidas que tais mudanças acontecerão, mas não sabemos quando, onde, em que medida. O uso de células estaminais disciplinadas e dirigidas, a substituição das transplantações de órgãos pela aplicação de estruturas de biomateriais e células, a intervenção no genoma e sobretudo o domínio sobre a actuação do epigenoma, a aplicação da nanotecnologia, o estabelecimento de esquemas terapêuticos individualizados, a vitória sobre a rejeição imunológica, tudo isso são possibilidades que ultrapassam o âmbito da ficção científica para se anunciarem à nossa porta.

Muito diferente será pois a Medicina na próxima década. E nós, a massa universal dos que, em determinada fase da vida, se sentem, estão ou se declaram doentes? Seria estultícia admitir que a pessoa humana assumisse, dentro de poucos anos, um perfil muito diverso daquele que hoje apresenta. Admitindo embora que profundas alterações comportamentais possam surgir, em resposta a igualmente modificadas circunstâncias do meio, com suas marcas fundas na sociedade e na cultura, não parece convincente o anúncio, por alguns defensores do pós-humanismo proclamado, da eclosão de uma nova espécie, a substituir o Homo sapiens sapiens. Pelo contrário, vejo o Homem, «bicho da terra vil e tão pequeno» no dizer do Poeta, ainda mais aflito, desconfiado da sua autonomia, receoso de tomar opções perante o surto das tecnologias, hesitante na adopção de novas possibilidades, sem coragem para tomar decisões éticas, isto é, aceitar e promover o que para a sua liberdade e dignidade é bom e rejeitar o que é mau para esses valores fundamentais. Esse ser aflito transportará para a prática médica a sua vulnerabilidade, indecisão e desconfiança. Não acreditará no médico que lhe relata várias possibilidades de tratamento e o convida a escolher uma, como se se tratasse de seleccionar um prato num cardápio de restaurante; rejeitará ser atendido por uma equipa de profissionais que não conhecerá e com quem não conseguirá estabelecer uma relação pessoal, baseada na confiança no saber e idoneidade moral daquele a quem gostaria de chamar o «seu» médico. Este doente poderá deslumbrar-se com as novas tecnologias postas ao seu serviço, mas guardará perante elas uma reserva ambivalente, resultante de uma mescla de esperança e receio. Ou seja, este doente será muito parecido com o que hoje se confia aos nossos cuidados, vendo em quem o trata, como já acontecia há séculos e se encontra simbolizado em gravura bem conhecida, uma figura angélica, mensageira de salvação, e uma criatura diabólica, portadora de malefícios.

Se eu tiver razão – o que, sinceramente, me parece improvável –, se o doente do futuro não for muito diferente do de hoje, não vejo motivos para que a Medicina adquira, na próxima década, uma face diversa da que hoje assume. Não obsta tal a que se lhe assinale uma crescente e activa preocupação com o salvamento do que lhe é visceralmente constitutivo, que é sem dúvida



o compromisso, assumido desde os tempos hipocráticos, de se manter ao serviço do doente, de nele reconhecer e respeitar a sua própria razão de ser, a sua justificação essencial. Mais do que belas palavras, e estas são já por si significativas de atitudes interiores, contará a decisão, eticamente fundamentada e responsabilmente tomada, de ver, respeitar e tratar o doente como o próximo, como o Outro que nos dá sentido e, de acordo com Levinas «é como se fosse um pobre, por quem eu tudo posso fazer e a quem devo tudo». No âmbito de uma prática médica em que o ambiente será, como vimos, dominado pelas tecnologias e se abrirão insuspetadas possibilidades de intervenção/modificação da mente e do soma, mais importante ainda será a adoção consciente de convicções e práticas humanistas, para se conseguir destrinçar o trigo do joio e recusar tudo o que possa ferir a liberdade, a dignidade e a integridade dos nossos pacientes. A humanização será o grande desafio e a regra a adoptar para que as técnicas sirvam os melhores interesses dos doentes, não os secundarizem e muito menos os coisifiquem. Repito aqui o que me não tenho cansado de proclamar do alto das públicas tribunas que me concedem lugar e audiência: é necessário, prioritário, urgente humanizar a prestação de cuidados de saúde. Assim, na medicina humanizada, será possível atender, acolher, encaminhar, seguir, acompanhar, e tudo isso em clima de respeito, cortesia, paciência, empatia, compreensão – sem excluir os doentes que são desagradáveis, recalcitrantes, exigentes, pouco educados. Claro que respeitar os direitos do doente implica igualmente proporcionar-lhe condições materiais e espirituais que tornem menos penosa a sua situação e que não acrescentem à doença o desconforto, a falta de privacidade, o isolamento, as privações. A

humanização começa, obviamente, pela interiorização destas noções, pela assunção deste compromisso: o doente como razão de ser, justificação e honra da profissão de saúde, aquele a quem é devido respeito, solidariedade, compaixão, serviço de qualidade.

Diego Gracia, médico e filósofo que à Bioética tem emprestado o seu brilhante talento, lembra-nos que «Apesar de tudo, o profissional de saúde é uma pessoa consagrada a uma causa de grande transcendência social e humana». Apesar de tudo, acrescento eu, apesar das ameaças de uma tecnologia tantas vezes arrogante, orgulhosa dos seus feitos e desprezadora das pessoas; apesar da prontidão com que se entregam à economia tantas decisões relevantes, por vezes tomadas sem consideração pelos anseios, temores e desejos dos doentes; apesar das sombras lançadas pela burocratização e despersonalização dos serviços; apesar de todas as ameaças e dificuldades, a medicina da próxima década será a medicina humanizada de que os humanos necessitam e em humanidade se realizará.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Rothman D. Strangers at the bedside. New York: Basic Books; 1991.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Walter Osswald
Instituto de Bioética
Universidade Católica Portuguesa
Rua Diogo Botelho, 1327
4169-005 Porto
ib@porto.ucp.pt

Recebido em 09/04/2010

Aceite para publicação em 16/04/2010