

# O MÉDICO DO SÉCULO XXI: COMPROMISSO SOCIAL E RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA

PSEUDÔNIMO: RAVEL

**RESUMO:** O tema deste estudo é a atuação médica na sociedade ocidental do século XXI. Analisando alguns fatores que fazem parte do planejamento de uma nova estratégia em promoção de saúde, o estudo traz à reflexão e propõe mudanças na atitude médica, tanto do ponto de vista acadêmico, quanto pessoal, assim como salienta a ética como fator essencial nessa transformação social.

**Palavras chave:** medicina, ética, assistência médica, relação médico-paciente.

## THE PHYSICIAN IN XXI CENTURY: SOCIAL COMMITMENT AND SHARED RESPONSIBILITY

**ABSTRACT:** The theme of this study is the medical conduct in the occidental society in the XXI century. Analyzing some factors that are part of the planning off a new strategy in health promotion, the study brings to reflection and suggest changes in medical attitude on both academic and personal viewpoint, and emphasizes the ethics as an essential factor in social transformation.

**Key words:** medicine, ethics, medical assistance, medical-patient relationship.

*“Nossas disposições morais nascem de atividades semelhantes a elas. É por essa razão que devemos atentar para a qualidade dos atos que praticamos, pois nossas disposições morais correspondem às diferenças entre nossas atividades”.*

*(Aristóteles, “Ética a Nicômaco”, Livro II, Cap. 1)*

## INTRODUÇÃO

Repensar o papel do médico, reavaliar sua importância inquestionável no enfrentamento da enfermidade e na política de resultados, assim como encontrar caminhos que viabilizem uma atuação relevante e salientem sua fundamental participação na atual medicina ocidental, é a proposta principal deste trabalho. Percorrendo, através da história, etapas definidas tanto pelos valores existenciais e compromissos sociais de cada época, quanto pelo progresso de uma ciência em contínua ascensão, testemunha-se a medicina em transformação. De um posicionamento primitivo de “arte de curar”, em que o médico detinha a magia dos remédios e o enfrentamento pessoal da enfermidade, a atuação médica chegou ao atual – e por vezes incômodo – posicionamento de profissão comum e sujeita às contradições sociais. O profissional da medicina, outrora endeusado e considerado um artista, atuando através da fusão de conhecimentos adquiridos e da experiência própria, foi aos poucos sendo destituído do *glamour* e do mistério que o caracterizavam, assumindo o papel de profissional sujeito a uma série de exigências antes desconhecidas. Se por um lado adquiriu a seu favor uma ciência que se renova a cada dia, por outro passou a enfrentar as expectativas de uma população informada e vigilante, somadas por sua vez a circunstâncias externas que interferem diretamente na atuação médica: políticas de saúde, carência de recursos, superlotação de serviços, desvalorização do trabalho médico, banalização de informações.

A importância do questionamento do papel do médico se torna relevante na medida em que a medicina ocidental deixa de ter sua centralização na figura do profissional e passa a depender de recursos, sem

os quais a atuação do médico se torna ínfima, quase nula. Surge assim a “medicina de recursos” que, movida por uma sociedade que valoriza excessivamente a comprovação documental e a burocracia, transforma o recurso em quesito mais importante do que o médico em si. As pequenas exigências do dia-a-dia na medicina, as disponibilidades terapêuticas, as viabilizações diagnósticas, as comprovações laboratoriais, a documentação, a burocratização das políticas de saúde adquiriram papel tão importante quanto a atuação terapêutica propriamente dita, e muitas vezes o médico utiliza mais tempo no preenchimento de papéis, do que no relacionamento com o paciente. A relação médico-paciente parece ter abdicado da excelência, superado por uma série de normas que controlam assustadoramente a atuação médica, moldando-a em conformidade com políticas assistenciais cabíveis aos recursos oferecidos, para conforto de setores que, de alguma forma, beneficiam-se com tais procedimentos.

Partindo-se do pressuposto de a burocracia ser realmente necessária a um modelo médico mais abrangente e a uma expectativa populacional cada dia maior, tem-se na organização de recursos o principal trunfo da medicina ocidental e, mais uma vez, a figura do médico corre o risco de se tornar dispensável. Perdida entre demonstrações gráficas e estatísticas, a relação com o paciente se encontra reduzida, de forma progressiva e inevitável, a um papel secundário, tornando-se subserviente às políticas de saúde, e o médico passa a atuar apenas como mediador entre os recursos disponibilizados pelo poder público e a população enferma. Este estudo tentará, pois, inferir sobre o posicionamento médico atual, sensibilizando o profissional cujo comprometimento ético e terapêutico se encontra fragilizado pelo constante enfrentamento de situações limítrofes e, se possível, interferir no questionamento provocado pela inovação das políticas de saúde no decorrer desse início de século.

O presente estudo se constituirá, pois, de tópicos que levarão em consideração a oportunidade de discorrer sobre o cotidiano médico, vinculando o trabalho profissional ao novo modelo que a medicina ocidental apresenta, modelo esse centrado na tecnologia de recursos. Sejam os

recursos de simples abrangência de informação ao público, na área da tecnologia de comunicação, ou de alcance mais específico, na área da experimentação e da evolução científica, é suposto que interfiram diretamente no trabalho médico. Tal interferência cerceia o relacionamento do profissional com o paciente e, por conseguinte, modifica o ato médico em toda a sua extensão, o que justifica a necessidade premente de adaptação a uma nova realidade, e a análise persistente e prioritária da ética aplicada a um novo modelo de atuação médica.

### **A DESMISTIFICAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO MÉDICA**

Além dos conhecimentos técnicos, a atual medicina ocidental exige um repensar da relação entre o médico e o paciente. Entre os desafios dessa relação, talvez se possa considerar que um dos maiores seja justamente aquele que caracteriza com mais pertinência o momento atual: o acesso crescente à informação. Se, por um lado, a informação permite uma somatória de alternativas de tratamento, por outro lado a informação desmistifica e cerceia o poder quase mágico que envolvia o médico de outros tempos. O enfermo já não identifica no médico a figura paternal que curava seus males, mas opina de forma igualitária e exige do profissional a conduta e a terapêutica que passou a conhecer, e sobre a qual os meios de comunicação frequentemente discorrem.

A imagem do médico carece de uma renovação imediata, pertinente ao processo de transformação que a medicina ocidental estimula em suas considerações mais abrangentes e efetivas. A busca da efetividade pede a transcendência da simples constatação física do homem, dotando-o de uma integridade que abrange corpo, psiquismo, sociedade e conhecimento científico. O doente atual já não se encontra num posicionamento de vítima frágil e indefesa, destituída do conhecimento teórico, e o seu manuseio expõe questões mais complexas do que ocorria há alguns anos, quando se colocava à mercê de todo e qualquer procedimento sem questionamentos. O

acesso ao conhecimento transforma o doente em um desafio para o médico. A eficiência de resultados passa a depender não apenas da técnica e da experiência, mas de um entendimento pleno entre o enfermo e o profissional, em que tanto se valorize o restabelecimento da integridade física e mental, quanto se promova o entrosamento social e a anuência aos recursos técnicos utilizados.

A promoção de saúde, na atual sociedade, não está mais restrita a uma medicina curativa, sob responsabilidade exclusiva da figura tradicional do médico, mas passa a ser responsabilidade social, passa a depender de um conjunto de medidas que trabalham em prol de resultados comuns. Assim, a colaboração entre os vários setores sociais, políticos, terapêuticos e culturais reflete em uma busca comum de saúde física e mental, e o médico, como parte dessa equipe, possui papel de destaque na medida em que pode funcionar como mediador entre os vários recursos oferecidos e o controle da enfermidade. Aos poucos a medicina curativa cede lugar à medicina preventiva, e o doente não é mais visto como um ser isolado, com uma doença única, mas como um emergente, personificando o reflexo dessa doença em um determinado grupo social. Em contrapartida, mesmo sendo entendido como parte integrante de um todo, o doente tem a necessidade de ser tratado como único, e é nesse desafio que se constrói a competência do médico atual: na sensibilidade de diferenciar representativamente o enfermo em seu grupo, sem o separar, porém, de sua referência, do núcleo social que o contém.

Entre os seus vários desafios, a medicina atual enfrenta um desgaste da relação médica com o paciente, que vai interferir não apenas nos resultados terapêuticos, mas também em uma insatisfação que ultrapassa o consultório médico e alcança a sociedade, promovendo uma imagem negativa do trabalho médico. Fatores sociais, além dos individuais, contribuem para esse desgaste, destacando-se entre eles os processos de criminalização do ato médico, o crescente sensacionalismo através da mídia, os sistemas precários de prestação de serviços de saúde à população de países em desenvolvimento e o direcionamento da formação médica.

O primeiro fator, o processo de criminalização do ato médico, tem se manifestado de forma crescente, mediante uma exigência maior do paciente atual que, ao se sentir insatisfeito com determinada conduta ou complicação em seu tratamento, ao constatar qualquer irregularidade, denuncia o profissional em decorrência daquilo que identifica como erro médico. A mídia, que constitui o segundo fator de desgaste, muitas vezes promove o pré-julgamento do médico, em especial nas sociedades tradicionalmente descontentes com a saúde oferecida à população, havendo uma identificação imediata com o caso. Mello (2008) salienta que *“a divulgação de informações médicas de forma sensacionalista, modificando dados estatísticos, médicos ou técnicos, ou utilizando eventos científicos inconsistentes, promove intranquilidade à população e dano à credibilidade do trabalho dos médicos. (...) A medicina não é um comércio e sim uma prestação de serviço diferenciada pelo próprio objeto, que é a saúde do ser humano”*. Alguns cuidados são necessários, pois, à divulgação da ciência médica, e Franzen (2008) defende *“a importância da transmissão da informação médica à população através dos meios de comunicação, principalmente a passada com estrito caráter educativo”*.

O terceiro fator de desgaste médico corresponde aos sistemas de prestação de serviços de saúde à população nos países em desenvolvimento, os quais oferecem aos médicos condições desfavoráveis de trabalho. Sobrecarregados mediante o volume crescente do atendimento e a precariedade de recursos, os profissionais nem sempre usufruem tempo e condições adequadas ao bom relacionamento com o paciente, o que vai incorrer em redução de qualidade de atendimento e riscos elevados de erro médico. Costa (2005) recomenda algumas medidas que considera sensatas no atendimento ao paciente: *“dar atenção ao paciente e à sua família; solicitar exames complementares; jamais deixar de prestar o atendimento; não sublimar a doença, aliviando as conseqüências da patologia; registrar absolutamente tudo no prontuário e denunciar as condições precárias de trabalho, se existentes”*. Costa defende, ainda, que a relação médico-

paciente é, antes de tudo, uma relação de confiança, que deve ser buscada a todo custo.

Um quarto fator de desgaste se soma aos demais: a educação médica do século XX que, na busca da excelência, caminhou, inevitavelmente, para a especialização, formando profissionais extremamente competentes, porém algumas vezes distanciados da realidade social dos países em desenvolvimento. A saúde pública, sobrecarregada e trabalhando sob a precariedade de recursos, perde-se em um emaranhado de especialidades, investindo pouco em prevenção e informação. Em função de exigências sensacionalistas e mobilizações políticas, minimiza as necessidades primárias da população, priorizando a oferta de um atendimento médico que supervaloriza a especialização e subestima a atenção básica. A gestão de recursos onera, portanto, o patrimônio público, oferecendo precariamente uma atenção especializada parcial, e deixa de suprir a população com medidas básicas de saúde, fator de desgaste, uma vez mais, para a relação do médico mediante as reais necessidades do paciente.

## **FORMAÇÃO MÉDICA: A ESPECIALIZAÇÃO E O MÉDICO DE FAMÍLIA**

A construção de um novo olhar sobre a medicina exige, entre outros quesitos, a reflexão sobre a formação médica. A medicina atual, pressionada pelo volume de informações científicas e recursos tecnológicos, tem se voltado para a especialização, na tentativa do alcance de todas as possibilidades de ação. Observa-se que a especialidade se tornou o refúgio da grande maioria dos profissionais da modernidade, não apenas na área de saúde; é através dela que o conhecimento é selecionado e, como conseqüência, estabelece um aprimoramento em determinada área de ação. Ao escolher sua trajetória dentro da formação acadêmica, o médico restringe seu espaço e limita sua responsabilidade, compartilhando com os demais profissionais, de outras especialidades, o conjunto de ações exigidas para

alcançar determinado objetivo. A especialidade, porém, a despeito de ter se tornado o caminho mais viável para a abrangência da atual medicina, pode oferecer alguns riscos, sobre os quais é cada vez mais importante refletir, na tentativa de alcançar a excelência do atendimento médico.

A impessoalidade, talvez, se apresente como o maior risco do atendimento médico especializado. A mudança de um modelo médico tradicional, centrado no conhecimento generalista, em que a somatória enfermidade/paciente conduzia ao diagnóstico e tratamento, para um modelo impessoal, em que o médico se dispõe a cuidar apenas de uma “parcela” da doença, transformou o paciente em um conjunto de sintomas isolados. Atualmente, o especialista corre o risco de visualizar o paciente através de um único ângulo, e os sintomas não parecem guardar relação entre si. A radical postura onipotente do médico que se colocava acima do paciente, que não o informava de sua patologia, apenas prescrevia de acordo com seus próprios critérios, deu lugar a uma postura não menos radical, a do médico que se atém, unicamente, a sua especialidade. O paciente, refém da doença que o fragiliza, peregrina de médico em médico, e jamais compõe um ser completo; seus sintomas se assemelham a peças de um quebra-cabeça, apenas se referenciando na medida em que encaixam na especialidade em questão.

Outro risco, bastante atual, da postura radical da especialidade, é a questão da saúde pública. Não há como negar a importância das políticas de saúde em populações marcadas pela desigualdade social, de forma a não se poder negar que falar em saúde, na medicina ocidental do século XXI, é falar de promoção de saúde em grande escala. O alcance das populações socialmente carentes tem se tornado o grande desafio da medicina, no sentido de reintegração e reformulação das medidas de saúde, e a prevenção pode ser encarada como a base dessa mudança de prioridades. O recurso médico, para chegar de maneira igual e equânime, precisa ser repensado, mediante os baixos orçamentos possibilitados para a promoção de saúde. Torna-se inviável, portanto, criar e manter uma saúde pública totalmente voltada para propostas calcadas no modelo idealizado da

especialidade. A importância da especialidade é indiscutível, porém dispendiosa e restrita, e o seu custo em regiões de baixo orçamento mantém populações carentes à mercê de emaranhados intermináveis de consultas, ausências de recursos médicos, sofisticações diagnósticas irrealizáveis. As gestões públicas, em especial as municipais, sob a pressão social e representativa, deixam de investir em prevenção, medicina generalista e medicina de família, os grandes trunfos da atual estrutura social.

As escolas de medicina sempre estiveram alicerçadas no modelo educacional que relaciona a qualidade ao preparo do médico como especialista. A busca da segurança, por conseguinte, desestimula a abrangência do atendimento, não apenas pelo receio de restringir a qualidade, mas também pelo enveredamento em áreas de ação pouco conhecidas e pouco valorizadas pelos meios acadêmicos. No sentido de desatrelar a idéia de qualidade à especialidade, a formação médica começa a vislumbrar novos caminhos para a sua trajetória social.

As políticas voltadas à atenção primária tiveram seu marco inicial na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, em 1978, com a “Declaração de Alma-Ata”. A partir de então, através das diversas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, a resposta acadêmica para a formação de médicos generalistas teve um histórico instável, variando de acordo com as políticas de saúde locais. A especialização em medicina de família surge, então, como a opção que mais vai ao encontro do momento social que ora a humanidade atravessa. As especialidades voltadas à atenção primária ocupam com lentidão seu papel representativo na prevenção em saúde, integrando o paciente no seu contexto familiar e social, adaptando o modelo médico a uma nova realidade. Oliveira (1999) defende que o médico de família seria *“o resgate do humanitarismo preterido pela medicina contemporânea em detrimento da alta tecnologia e da medicina de consumo; é um retorno às origens da boa relação médico-paciente”*.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização dos Médicos de Família (WONCA), reunidas na cidade de Ontário, Canadá, em

novembro de 1994, para discutir os "Desafios dos Sistemas de Saúde", elaboraram um documento em defesa da melhoria da educação médica. No sentido de identificar as necessidades das pessoas e a possível contribuição do médico de família, tal estrutura de atenção básica se firma no impacto dessa forma de medicina em um sistema de saúde. Em 1994, o Brasil inicia seu programa de Saúde da Família, a exemplo de outros países já incorporados a tal estratégia, mas resvala na pouca oferta do modelo médico adequado a essa situação. Observa-se que a fundamentação acadêmica necessária para a construção do novo paradigma da medicina subentende desde a mudança na estratégia de envolvimento dos estudantes de medicina, até a motivação necessária para um novo posicionamento dos que já se encontram na prática médica.

Um novo olhar sobre as mudanças sociais da atualidade exige a reflexão sobre a medicina ocidental, no aproveitamento e incorporação da formação médica dentro do alcance dos recursos, não apenas no sentido de promoção, mas também de educação em saúde, sendo esse o pilar da medicina preventiva. O médico atuante tanto como promotor, quanto educador em saúde, se transforma, portanto, no referencial básico para a reformulação estrutural da medicina, e contribui para a restauração da confiança e respeito necessários ao reforço da relação médico-paciente.

### **EQUIPE: A RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA**

Durante séculos, e presume-se que o início de tal situação remonte ao período romano de transição entre República e Império, o médico de família correspondeu às expectativas de saúde da população, curando as enfermidades e atuando como confidente dos núcleos familiares que a ele confiavam suas vidas. Cada família elegia o seu médico, que possuía uma formação generalista, de forma que a experiência – entenda-se aí não apenas a científica, mas também a experiência junto ao histórico familiar – era o pilar mais importante do atendimento. Torna-se desnecessário

salientar a importância que o relacionamento com o paciente então representava; a esfera de ação do médico se restringia em termos de alcance, mas ganhava do ponto de vista qualitativo, mediante o entendimento mútuo, a compreensão e a valorização dos sintomas. A correlação sintoma/indivíduo oferecia recursos diagnósticos e terapêuticos que podiam ultrapassar a simples análise científica, favorecendo uma compreensão não apenas da “doença” em si, mas do “doente” em toda a sua complexidade.

Em contrapartida, Ribeiro (2005) destaca alguns riscos que o modelo “médico de família” então evidenciava, sobretudo no desequilíbrio dessa relação, que era íntima, porém desigual. O médico se colocava como superior e era considerado infalível, portanto não passível de questionamentos, de forma que o seu poder de persuasão o remetia a uma posição privilegiada e isenta de responsabilidades. O paciente se submetia ao tratamento estipulado através da medicina curativa e, a despeito de estar centrada apenas no médico, por conta da presunção a responsabilidade era transferida à própria fatalidade, sem fornecer ao paciente a oportunidade de questionar.

Com a evolução do modelo médico, a atual sociedade encontrou na especialização a melhor solução para o manuseio da informação oferecida por uma ciência a cada dia mais avançada. Mediante as mudanças que transformam a medicina ocidental a cada nova descoberta, torna-se humanamente impossível o médico ter conhecimento e acesso a todos os seus recursos, assim como se dedicar ao aprimoramento de forma ampla e inquestionável. A ciência tem oferecido uma quantia inimaginável de possibilidades, seus limites ultrapassam a capacidade comum, e já não se pode idealizar um profissional que conheça plenamente toda a complexidade dos recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis. No lugar de um conhecimento generalizado da medicina, passa a ser exigido do profissional apenas o conhecimento específico e aprimorado em determinada área. Na medida em que essa especialização se processa, o médico deixa de agir sozinho mediante a enfermidade, e compartilha com outros profissionais as

informações e condutas, perdendo, dessa forma, o antigo papel emergente que lhe era reservado em seu núcleo de ação.

Na medida em que a medicina iniciou sua transformação, impelida pelo crescimento científico e tecnológico, aos poucos se delineou uma inversão estrutural no atendimento oferecido. Se antes um único médico atendia todos os componentes de determinada família, na medicina atual cada família passa a ser atendida por muitos médicos, nas mais diversas especialidades. No entanto, o atendimento ganhou em tecnologia, mas perdeu em qualidade, estabelecendo uma quebra de vínculo entre o indivíduo e a doença. Tal fator não se deve unicamente ao modelo estrutural de compartilhamento de responsabilidades, mas também ao grande contingente populacional, que exige a transformação do sistema restrito e particular da promoção de saúde em sistema globalizado, sob a tutela governamental. Decorrentes do imediatismo e das necessidades nas atuais gestões de saúde, a particularidade da resposta individual e a relevância da interferência médica sobre o curso da doença ficaram relegadas a um plano secundário; desagregada a doença, assim, do indivíduo que a contém, cabe unicamente ao médico o estudo da probabilidade e o uso da tecnologia em toda a sua amplitude de ação.

Uma segunda consequência do atual momento social seria o fato de a medicina, ao assumir uma atitude mais preventiva do que curativa, ter se distanciado do antigo modelo centralizado no médico, dando lugar a um modelo multidisciplinar. No atual módulo de saúde, as equipes apóiam e asseguram o ato médico, processando uma interação de medidas complementares que vão desde a prevenção propriamente dita, até medidas paliativas de contenção de sintomas, dividindo a responsabilidade da atenção básica de saúde com vários profissionais, na busca de um resultado único.

Observa-se, ainda, uma terceira consequência a ser levantada, levando em consideração toda a rede estrutural de comunicação do momento atual: o acesso à informação experimentado pela população. O médico passa a conhecer as exigências de um doente sintonizado com a

situação social que experimenta, muitas vezes pressionado pela banalização de informações que invadem indiscriminadamente todas as classes sociais, as quais nem sempre se encontram preparadas para a seleção e identificação corretas da confiabilidade das informações recebidas. Tal conjuntura estrutural sugere, no entanto, igual responsabilidade para o médico e o paciente, advindo desse fator a importância de uma relação de sucesso.

Pode-se supor que, ao compartilhar a sua atuação, seja com toda uma rede estrutural de atenções, seja com as diversas especialidades, ou com o paciente informado de seus direitos e dos avanços tecnológicos, o médico assumiria um compromisso parcial. Cada especialista se ocuparia de seu campo de atuação, e cada profissional de saúde sugeriria um olhar particularizado sobre a sua expectativa de resultados. Tal pressuposto não subentende, porém, a abdicação da excelência e a omissão da responsabilidade sobre a trajetória do tratamento proposto, as quais estão intimamente ligadas à qualidade da estrutura de saúde disponibilizada pela medicina atual. Tavares (2004) defende que *“toda equipe multiprofissional deve estar alerta para minimizar conflitos externos que possam comprometer o bem estar do paciente, razão de ser da profissão médica”*.

Conclui-se que o atendimento ao paciente tanto comporta a divisão da responsabilidade de curar entre os profissionais médicos e paramédicos, quanto sugere uma extensão dessa responsabilidade a toda a sociedade. Através dos sistemas disponibilizados para a saúde, e sob a integralidade de ações éticas e clínicas, as quais são a base existencial da assistência médica, a razão primordial do atendimento deve ser a mesma: a excelência da promoção de saúde à sociedade.

## **ÉTICA: COMPROMISSO PESSOAL E SOCIAL**

O compromisso profissional da medicina foi firmado, durante séculos, dentro de seus próprios recursos, e a ética dependia mais de uma avaliação

peçoal do médico, do que de um compromisso perante a coletividade. O médico era quase um artista, um elemento socialmente diferenciado que agia em conformidade com sua própria consciência. Seus conhecimentos pessoais, na medida em que fugiam ao entendimento de uma sociedade frágil e sem acesso cultural, eram evocados num misto de magia e mistério, agregados a idéias religiosas que, não raro, serviam de respaldo aos seus serviços. Chás, poções, rezas e caldos eram, algumas vezes, aliados do médico no combate a males que afligiam a população, sem perturbar o curso de tratamentos que o seu conhecimento preconizava. Se por um lado tal fato oferecia ao médico uma esfera de ação mais abrangente, por outro dava margem ao uso indiscriminado e abusivo da atuação médica a serviço de facções, de políticas partidárias e de sujeição a situações extremas de interesse clandestino.

Com o surgimento de uma nova medicina, suprida pela ciência e pela tecnologia, a sociedade ocidental passa a exigir que o compromisso médico seja continuamente repensado, revisto e reafirmado. A ética tem se tornado a grande norteadora da atuação médica, e o comprometimento profissional ultrapassa os limites pessoais, fundamentando-se sobre uma sociedade em que pesam a equidade e a igualdade. O médico atua de acordo com códigos éticos determinados pela sua classe, de acordo com normas sociais vigentes, e de acordo com políticas de saúde organizadas para a sua atuação em prol de um conjunto de resultados pretendidos. A medicina se despe da arte que primitivamente a norteava, e o compromisso médico deixa de ser apenas o enfrentamento da doença em si, mas a compreensão ampla da sociedade. A doença deixa de ser vinculada unicamente ao indivíduo e corresponde ao coletivo, tornando-se consequência de toda uma condição de fatores de risco e predisposições emergentes em determinado grupo social.

Faria (2001) salienta que o médico atual, posicionado na linha de frente do atendimento ao paciente, está destinado a receber diretamente os reflexos da insatisfação pessoal do indivíduo ignorado por uma sociedade consumista que o reduz a mera fonte de lucro, minimizando suas dores

através de situações extremas de desconforto. A presença do médico incorpora toda a representação do sistema de saúde. A arte de curar e prevenir se perde em função de uma atuação profissional sintonizada com a necessidade do imediatismo, da obediência ao apelo tecnológico, e o paciente passa a ser tratado como um consumidor dos serviços de saúde disponibilizados pelo sistema. Refém das estatísticas e das políticas de saúde, o indivíduo – seja médico ou paciente – perde sua identidade em um emaranhado de papéis que precisam ser preenchidos, de queixas anônimas, filas intermináveis e compensações irrisórias. Tanto o médico, insatisfeito, divide-se entre os vários empregos e os recursos limitados oferecidos pelos serviços de saúde, quanto o paciente, fragilizado, não encontra respaldo e alívio para as suas dores.

Nogueira (2006) observa, na gestão da saúde pública, a preocupação em oferecer uma medicina que priorize mais a quantidade do que a qualidade, abrangendo um maior número de pessoas, mesmo que para isso sejam disponibilizados poucos recursos sofisticados e pouco poder de escolha, diminuindo assim a beneficência e o direito à autonomia. *“A ausência do médico – observa Nogueira – será também a ausência da medicina e, por conseqüência, da assistência à saúde da população. Portanto, a medicina na saúde pública tem na presença do médico o seu limite mínimo”*.

Considerando-se a saúde num sentido mais complexo, não apenas como a ausência da enfermidade, mas como o bem-estar do paciente em todas as suas implicações, a responsabilidade médica iria além da administração do tratamento, alcançando um contexto mais amplo, em que a sua intervenção se soma à resposta do paciente. A responsabilidade não dependeria, portanto, apenas do meio utilizado, mas do resultado obtido através da interação médico-paciente, ao qual caberia somar, ainda, a responsabilidade dos órgãos gestores de saúde, muitas vezes distanciados de seu papel de extrema importância. Observa-se que a responsabilidade desses setores, porém, tem sido relegada a um plano secundário, sob o distanciamento de redes complexas de serviços.

O Código de Ética Médica<sup>1</sup> salienta como papel relevante do médico a exigência de condições de trabalho e de atuação, através de medidas interativas e profissionais, cobrando da gestão pública medidas adequadas para o bom atendimento. O médico seria coadjuvante das reivindicações e necessidades da área de saúde, cobrando da gestão pública, da mesma forma que lhe é cobrado, o comprometimento ético necessário ao bom andamento de um regime democrático. O que se observa, no entanto, é a ausência de critérios éticos que norteiem a gestão pública em saúde, de forma que acaba recaindo sobre o médico toda a responsabilidade pelo atendimento, enquanto há um distanciamento dos órgãos gestores, através da impessoalidade burocrática. Enquanto o médico age sob a responsabilidade pessoal e sob rígidos códigos de compromisso profissional e social, as gestões em saúde agem sob a impessoalidade de siglas, competências governamentais e entidades indiferenciadas, desvinculando-se do compromisso ético e relegando à personalização do atendimento médico toda a responsabilidade da saúde populacional.

A despeito do pouco interesse observado quanto à responsabilidade individual, civilidade e dignidade, em sociedades onde a mendicância e o assistencialismo representam alternativas confortáveis de resolução de problemas, a ética em saúde não é dever apenas do médico ou dos órgãos gestores, mas um compromisso de cada indivíduo da sociedade. Tal compromisso corresponde à responsabilidade do esforço em direção ao objetivo de saúde. A manutenção da saúde não se faz de forma desordenada, mas exige uma série de ações dirigidas a essa finalidade, e cada indivíduo vive sob a responsabilidade tanto de zelar pessoalmente pela sua saúde, quanto de cumprir compromissos básicos para com a sociedade em que vive, objetivando a saúde de todos. O paciente, o médico, os gestores públicos e a sociedade têm, portanto, no compromisso ético, em igual proporção, um dever firmado de civilidade e respeitabilidade mútua, e apenas as suas ações em comunhão podem promover a melhoria da saúde para todos.

---

<sup>1</sup>Código de Ética Médica, Artigos 22, 23, 24

## A REINVENÇÃO DO MÉDICO

A redescoberta da relação médico-paciente como fator fundamental da medicina, assim como a necessidade da adaptação dos profissionais de saúde a exigências sociais inesperadas, respaldadas na ética e na responsabilidade pessoal, constitui a base de ação da medicina que o século XXI delinea. A reinvenção de um médico capacitado para não apenas atuar de forma direta na enfermidade, mas também aliar empaticamente as necessidades físicas e mentais do paciente ao seu contexto social, torna-se a chave para o bom desempenho terapêutico mediante o ineditismo dos recursos científicos disponibilizados pela atualidade.

Remontando a Hipócrates, observa-se que o pensamento médico tem se orientado, através do tempo, entre duas tendências principais: o racionalismo e o empirismo. Apesar de a medicina ocidental ter nascido sob o domínio do pensamento empírico, a evolução científica influenciou a sua trajetória, induzindo-a ao racional. Almeida (2002) ressalta que “*a medicina entregou tacitamente a terapêutica à indústria químico-farmacêutica*”, tornando a terapêutica secundária no âmbito do saber médico. Sob a tutela dos serviços de saúde pública, os quais financiam o modelo racional, o final do século XX propôs um pensamento médico construído sobre a visualização de mente e corpo distintos, embora ligados entre si. A sociedade atual, porém, tem apresentado sinais de insatisfação, através de conflitos explícitos na estruturação e nos resultados da medicina, assim como nas exigências exteriorizadas em denúncias cada vez mais frequentes, e há uma tentativa de re-estabelecer alguns critérios do pensamento empírico, no sentido de humanização da prática terapêutica.

Já nos anos 60, em atenção à defesa dos direitos dos consumidores, surgem movimentos em direção ao consentimento informado, numa tentativa de questionar a relação do médico com o paciente e reduzir os efeitos de comportamentos considerados inadequados. Para Donabedian (1990), na

busca da qualidade dos serviços de saúde, os anos 80 trazem a proposta de novas diretrizes na reorganização do modelo assistencial, levando em consideração a opinião dos usuários desses serviços. Para Ardigò (1995), a relação médico-paciente passa a ser o elemento essencial a ser levado em consideração para a melhoria dos serviços de saúde, focalizada em três quesitos principais: *“a personalização da assistência, a humanização do atendimento médico e o direito à informação”*.

A personalização da assistência consiste no reconhecimento do paciente como pessoa, individualizando-o em sua condição de emergente de uma condição social que, de alguma forma, pode se manifestar na sintomatologia, nas perspectivas terapêuticas, e na avaliação dos resultados e prognósticos. A personalização está representada na predisposição do médico à incorporação de cuidados que possam minimizar o sofrimento do paciente, assim como na motivação necessária ao suporte psicológico do mesmo, ouvindo suas dificuldades, orientando-o e, ao seu lado, buscando soluções viáveis no sentido de adaptá-lo às limitações conferidas pela doença. A formação médica proposta seria, pois, aquela que possibilitasse ao profissional uma nova concepção de conhecimento, articulado numa postura não apenas de autoridade decorrente da ciência, mas de identificação com a condição do paciente, na busca de um caminho terapêutico.

A humanização do atendimento se alicerça na reinvenção de um modelo médico imbuído da capacidade de reconhecer a integração física, psíquica e social do paciente, e através desse reconhecimento objetivar a promoção da saúde. O paciente deixa de ser um desvio do padrão de normalidade, e passa a ser um emergente de toda a conjuntura social, e a resposta para a cura de seus males não provém apenas de uma ciência impessoal e determinante, mas de recursos que possam ser estimulados em seu próprio organismo. Na medida em que o paciente se torna um aliado do médico no combate à doença, a sua participação constitui a peça chave do tratamento proposto.

O direito à informação é apanágio da moderna sociedade, que estimula o autoconhecimento e a luta pelos direitos, reconhecendo o paciente como principal interessado nas características e no curso de sua doença, portador, portanto, do direito de saber. Na medida em que o médico abandonou a postura inicial da medicina, tornou-se mais vulnerável, e a posse do conhecimento deixou de ser exclusividade sua. As informações, atualmente, provêm dos mais diversos campos e recursos, e não há como manter o paciente alheio aos problemas que o envolvem, nem negar a ele as explicações concernentes ao bom andamento de seu tratamento.

Caprara & Franco (1999) salientam dois modelos principais de relacionamento do médico com o paciente: o modelo paternalista, em que o paciente, pouco informado das características de sua doença, depende do julgamento e das ideias do médico, e o modelo informativo, em que o paciente é informado sobre sua doença e suas possibilidades e exerce, portanto, papel decisório sobre o curso do próprio tratamento. O segundo modelo, largamente difundido e incorporado por países mais desenvolvidos mediante o alcance de informações pela população e as reivindicações de direitos, representa o risco de transformar o relacionamento médico-paciente em um relacionamento entre prestador de serviço e consumidor. Caprara & Franco (1999) defendem a superação das atitudes paternalista e informativa, através da criação de um terceiro modelo médico, que se situaria além do direito à informação, ao qual denominam modelo comunicacional, com características participativas e empáticas. Com um modelo médico interativo, o paciente passaria a não apenas conhecer sua doença, mas a opinar, participar do seu processo terapêutico, sem perder, porém, a sua referência na dimensão médica, a qual abrangeria não apenas a experiência profissional embasada no conhecimento científico, mas também o médico enquanto indivíduo.

A capacidade de compreensão e de identificação do médico, mantendo os devidos cuidados na elaboração de situações representativas, distancia-se do modelo paternalista outrora vigente e se diferencia profissionalmente. Na medida em que se coloca como um ser igual, passível

das mesmas dores e sentimentos, porém enfaticamente preparado para o enfrentamento da enfermidade da forma mais adequada possível, o médico oferece não apenas a sua própria disponibilidade de recursos, como também identifica objetivamente os recursos captados e potencializados pelo paciente.

## CONCLUSÃO

Partindo do princípio de que o campo médico transcende os limites da ciência, abrangendo os fatores experimentais, culturais, sociais e econômicos, e justapondo a essas a complexidade da relação interpessoal, da família, da mente associada ao corpo, já não cabe uma visão da medicina apenas no âmbito da racionalidade. Almeida (2002) propõe que “*somente a arte seria capaz de integrar*” o conhecimento científico com todos esses fatores determinantes, e que “*o campo médico é um campo eclético, de integração de conhecimentos*”, e “*deve assumir, sem rodeios, a dimensão de arte*”.

Não apenas o olhar sobre a medicina, mas também o olhar sobre a atitude médica exige reformulação de propostas e posturas. Repensar o papel do médico, em toda a sua extensão, na moderna sociedade do século que se inicia, constitui um desafio cuja resolução só é possível sob a luz da ética, tendo em vista que as mudanças propostas questionam a estrutura norteadora de toda a conjuntura médica atual.

A formação acadêmica, a busca incessante pela especialização, e o crescente progresso científico e tecnológico, a despeito de formarem médicos cada vez mais competentes, vão de encontro à necessidade recente, criada pelo crescimento populacional desordenado, de uma medicina voltada para o social e para a promoção de saúde em grande escala. Torna-se impossível minimizar a importância da disponibilidade de recursos e das limitações das gestões de saúde, as quais interferem diretamente na atividade médica, e assim a reflexão sobre as circunstâncias

de trabalho é preponderante para um olhar mais adequado sobre a medicina.

Com base na promoção de saúde nos países em desenvolvimento, observa-se que o interesse acadêmico dirigido unicamente para a medicina curativa, desvalorizando as reais necessidades de uma sociedade mais populosa a cada dia, tem revertido em situações estressantes. Tanto para o profissional, quanto para a sociedade que planeja uma política de saúde universal, as prioridades se emaranham através de um processo que se auto-alimenta: o pouco investimento em prevenção causa falhas na melhoria populacional que, por sua vez, interfere na forma de promoção em saúde. Quanto menos é investido em medicina preventiva, e entenda-se também como prevenção a educação em saúde, mais desordenadamente a população cresce e atinge o nível de carência. Quanto maior o nível de carência, mais gasto é exigido das políticas de saúde. Obviamente, se esse processo não é revertido, não tarda a se impor o caos no sistema de saúde. Seria um contra-senso melhorar e equipar tecnologicamente a medicina especializada, se a população à qual ela se dirige não dispõe de acesso, ou mesmo de educação dirigida a tais melhoramentos, os quais só são alcançados pelas classes mais abastadas. Daí a importância de sintonizar o progresso científico com o momento social, estimulando novas descobertas, porém sem perder a noção das limitações e desafios impostos pela superpopulação.

A proposição de um médico atuante nas exigências e condições de trabalho impostas pelo novo momento social, de um direcionamento acadêmico consciente das limitações do poder público e do processo social contemporâneo, e de uma preocupação ética constante na elaboração dos recursos, constituiria a base da nova medicina ocidental.

A reformulação do papel do médico, exigência intrínseca da sociedade em desenvolvimento, é imprescindível ao processo de formação profissional, assim como o vislumbre de uma abrangência de recursos em caráter universal é a essência de uma sociedade equânime e justa. Na medida em que a garantia do acesso universal igualitário às ações e

serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde é direito de cada cidadão<sup>2</sup>, a sociedade em toda a sua extensão deve zelar para que tal direito seja assegurado da forma mais adequada possível.

Impõe-se às gestões governamentais, mediante o compromisso social, a garantia da saúde através da legislação e do provimento de recursos, e convém aos meios acadêmicos o direcionamento às necessidades de uma sociedade em desenvolvimento. E, finalmente, ao médico, representante fundamental das ações em saúde, cumpre o reconhecimento, através de ações que justaponham solidariedade, responsabilidade e profissionalismo, da melhor conduta para a promoção do bem estar físico e mental do paciente, seu objetivo primeiro e a razão de sua motivação profissional.

## BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Eduardo. *As Razões da Terapêutica – Racionalismo e Empirismo na Medicina*. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2002. 172 p.

ARDIGÒ, A. *Corso di Sociologia Sanitaria I Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria*. Bologna: Università di Bologna, 1995. Apud CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. *A Relação Paciente-Médico: para uma Humanização da Prática Médica* [on line]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Pública, vol 15, n. 3. Set. de 1999. In: Scielo Public Health. Disponível em <<http://www.scielosp.org/>> [consulta; 23/05/09].

BECKER, Marco Antônio. Lutar por Condições Dignas. *Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina*, Brasília, Ano XIV, n. 108, ago. de 1999. Ética em Debate, p. 6.

BLASCO, Pablo González; HAQ, Cynthia; FREEMAN, Joshua et al. Educando os médicos para a saúde no Brasil: o papel da Medicina de Família. *Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina*. Brasília: Ano XX, n. 152, dez. de 2004. Bioética e Ética Médica, pp. 18-19.

---

<sup>2</sup> Constituição Federal, Título VIII, Capítulo II, Seção I, Art. 196.

- CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. *A Relação Paciente-Médico: para uma Humanização da Prática Médica* [on line]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Pública, vol 15, n. 3. Set. de 1999. In: Scielo Public Health. Disponível em <<http://www.scielosp.org/>> [consulta: 23/05/09].
- CARVALHO, Roberto Tenório de. Responsabilidade Compartilhada. *Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina*, Brasília, Ano XIV, n. 108, ago. de 1999. Ética em Debate, p. 6.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE [on line], 1, nov. de 1986, Ottawa, Canadá. *Carta de Ottawa*. Disponível em <<http://www.saudepublica.web.pt/>> [consulta: 08/06/09]
- CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA – Brasília, DF: Diário Oficial da União, Poder Executivo. Resolução CFM nº 1246/88, de 08/01/88.
- COLEMAN, Vernon. *A Medicina Moderna não é uma Ciência* [on line]. Inglaterra: Amrit-Manthan International Journal, out. de 2006. Disponível em <<http://www.healthwisdom.org/>> [consulta: 23/05/09]
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE [on line], 1, set. 1978, URSS. *Declaração de Alma-Ata*. Disponível em <<http://www.medicina.ufjf.br/>> [consulta: 08/06/09]
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988 [on line]. Brasília, DF: Presidência da República - Casa Civil. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/)> [consulta: 11/06/09]
- COSTA, Marcos Gutemberg Fialho da. Medicina Defensiva – Uma Necessidade. *Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina*, Brasília, Ano XX, n. 157, Nov./ dez. de 2005. Fala Médico, p. 16.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA [on line]. URSS: set. de 1978. Disponível em <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> [consulta: 08/06/09].
- DONABEDIAN, A. *La Qualita dell' Assistenza Sanitaria*. Roma: NIS, 1990. Apud CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. *A Relação Paciente-Médico: para uma Humanização da Prática Médica* [on line]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Pública, vol 15, n. 3. Set. de 1999. Disponível em <<http://www.scielosp.org/>> [consulta: 23/05/09].
- DRUMOND, José Geraldo de Freitas. A Formação Ética do Médico e a Perspectiva Profissional. *Publicação Oficial do Conselho Federal de*

*Medicina*, Brasília, Ano XVI, n. 128, maio/jun. de 2001. Bioética e Ética Médica, pp. 8-9.

FARIA, Maria Cristina. A Função Social do Médico e a Milenar Arte de Curar e Prevenir. *Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina*, Brasília, Ano XVI, n. 128, maio/ jun. de 2001. Fala Médico, p. 12.

FRANZEN, Cláudio Balduino. Em Nome do Interesse Público. *Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina*, Brasília, Ano XXIII, n. 174, Nov./ dez. de 2008. Ética em Debate, p. 10.

GAYOTTO, Maria Leonor Cunha. *A Relação Médico-Paciente* [on line]. Porto Alegre: ABC da Saúde Informações Médicas. Nov de 2004, atual. em 30/11/06. Disponível em <<http://www.abcdasaude.com.br/>> [consulta: 23/05/09].

MARTINS, José Murilo de. *Novas Escolas Médicas no Brasil* [on line]. Nov. de 1994. Disponível em <<http://www.revistademedicina.ufc.br/v38/>> [consulta: 09/06/09]

MELLO, Luiz Eduardo Barbalho de. Intranquilidade e Dano à Credibilidade. *Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina*, Brasília, Ano XXIII, n. 174, Nov./ dez. de 2008. Ética em Debate, p. 10.

NOGUEIRA, Rafael Dias Marques. Bioética e o SUS. *Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina*, Brasília, Ano XXI, n. 160, jul./ ago./ set. de 2006. Bioética, p. 10.

OLIVEIRA, André Vitorio Câmara de. O que é Médico de Família. *Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina*, Brasília, Ano XIV, n. 108, ago. de 1999. Fala Médico, p. 12.

O NASCIMENTO DA MEDICINA MODERNA [on line]. *Revista Scientific American Brasil Coleções*, Coleção História da Ciência, n. 5. In: Universidade de São Paulo, Ciência à Mão – Portal de Ensino de Ciências. Disponível em <<http://www.cienciamao.if.usp.br/>> [consulta: 23/05/09].

RIBEIRO, Mauro Luiz de Britto. Ética em Debate. *Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina*, Brasília, Ano XX, n. 152, dez. de 2004/ jan. de 2005. p. 14.

SILVA, Alcino Lázaro. Relação Médico-Paciente. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, vol. 51, n. 3, jun. de 2005. Scielo do Brasil [on line]. Disponível em <<http://www.scielo.br/>> [consulta: 23/05/09].

TAVARES, Marcelo de Sousa. Reflexões Sobre o Relacionamento Inter-profissional em Instituições de Saúde. *Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná*, Curitiba, v. 21, n. 81, jan./ mar. de 2004, pp. 1-3.