

UM ACTO MÉDICO CORRECTO E AUMENTADO

M. SILVÉRIO MARQUES

Departamento de Hematologia. Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil. Lisboa.

RESUMO

Descrevo o que é um acto médico correcto e o que designarei por acto médico aumentado. Refiro algumas condições e bases, formais e materiais, da deliberação clínica. Mostro porque devemos voltar a ler Hipócrates, Aristóteles e outros médicos e filósofos que pensaram estas questões. Com eles revisito os princípios e práticas que fizeram a face humana e criadora da medicina clínica. Comparo o modelo casuístico do acto médico com o modelo dito da *medicina baseada em factos*. Compreender-se-à que percorra este texto uma posição clara sobre o valor e significado da responsabilidade individual.

SUMMARY

The Excellence of Medical Procedures

The author describes a correct medical procedure and what may be called an augmented medical procedure. Reference is made to some of the formal and material conditions and bases of clinical deliberation. It is shown why one should reread Hippocrates, Aristotle and other physicians and philosophers who considered these issues. Thus the author reviews the principles and practices that made humanity and created clinical medicine. The casuistic model of the medical procedure is compared to the so-called model of *medicine based on fact*. This paper provides a clear position on the value and significance of individual responsibility.

*(...) le premier soin du médecin, homme de l'art, est d'étudier à fond le malade qui le fait appeler, et de se faire une idée aussi exacte que possible de sa force vitale ou radicale, de sa constitution, de son tempérament, de son caractère et de son morale... quelle est la cause du mal? quelle est la part d'affection? quelle est celle de la réaction? où tendent les efforts de la nature? (...)*¹

*(...) numa primeira consulta a Schweningen, Bismark respondia com arrogância não gosto que me façam perguntas!; réplica de Schweningen: Então chame um veterinário. Esse não interroga os seus doentes! (...)*²

INTRODUÇÃO

Vão longe os dias em que, segundo Boerhave, com

pouco mais do que o ópio, a emetina, a quina, a água, o vinho e uma lanceta, qualquer médico consciencioso podia exercer a profissão. Na verdade, se reléssemos um célebre almanaque de medicina, o Tesouro dos Pobres, de Pedro Hispano, veríamos que não era bem assim: a arte já então era complexa e difícil! As exigências da profissão, a vida do clínico, no aspecto psicológico, no plano técnico, sempre foram quase sobre-humanas: a posição do médico era incómoda e pendular, um lugar insustentável entre ordem e caos, necessidade e acaso, saber e ignorância, fé e desespero, vida e morte.

A medicina estava baseada numa aliança de dois contra um, do médico e do doente, contra um mal, a doença. Hoje, cada vez mais, saberes alheios à clínica e poderes alheios ao paciente definem, condicionam e (des)carac-

terizam a relação médico-doente. Destes os mais importantes estão destacados na Figura 1, onde procuro salientar que aspectos e decisões médicas correctas no plano técnico-científico podem muitas vezes ignorar ou contrariar, por exemplo, normas jurídicas ou cálculos económicos. Como é óbvio, não é função do médico assistente perante este doente, aqui e agora, ser o advogado de outra causa que não seja a desse doente³. Não é certamente sua função ser o contabilista nem o porteiro: mas sei que ao internar um doente não interno outro, se ligo este doente, a este último ventilador, o próximo... A lição da vida é que a oferta pública de cuidados de saúde é sempre inferior à procura, por isso as políticas e os critérios de utilização dos recursos (humanos, materiais, financeiros e organizacionais) devem ser discutidos e estabelecidos antes da situação concreta, urgente e mais ou menos grave que os requer; por seu turno a prestação de contas deve ser efectuada regularmente, a partir de cima, sem deixar de fora nenhum dos níveis de decisão⁴.

Para definir melhor as componentes meta-éticas e morais da decisão médica tem sido advogado o modelo casuístico do acto médico. Direi do que se trata e refiro algumas dificuldades formais e materiais da deliberação clínica.

Acho que devemos voltar a ler Hipócrates e outros médicos e filósofos que antes de nós e melhor que nós pensaram estas questões. Julgo dever acentuar a importância crescente da responsabilidade individual (do médico, do profissional em exercício de funções, de cada um de nós...), pois os (...) *seres humanos são as únicas criaturas que podem assumir a responsabilidade pelas suas acções, e, este facto, só por si, torna-os responsáveis (...)*⁵.

UM ACTO MÉDICO CORRECTO

Uma das propostas mais recentes e importantes de estabelecimento de normas científicas e públicas para resolver alguns dos principais conflitos de interesse é designada por *medicina baseada em factos* (*evidence-based medicine*, medicina do rigor, baseada em provas, exacta?, dos autores anglo-saxónicos). Do ponto de vista que aqui nos importa, a decisão clínica, o respeito pela autonomia do doente implica que a decisão deva ser sempre determinada pelas metas (*outcomes*) escolhidas pelos próprios doentes, tendo em conta os efeitos antecipados das opções terapêuticas e as preferências expressas pelos doentes⁶. Para muitos de nós, que aprendemos que o acto médico é jurídica e factualmente, tantas vezes, uma agressão corporal, este conjunto de normas está implícito no semi-contrato estabelecido entre doente e médico.

Todavia, uma atitude paternalista, foi um traço essencial da arte médica, como aliás de qualquer saber do corpo, esotérico, milenar e científico. Essa atitude era matizada por uma deontologia e um conjunto de virtudes – a integridade, o respeito, a não maleficência – e, em especial, pelo estudo, pela vontade diligente de conhecer o individual. O paradoxo do reconhecimento do único implica: (...) *um equilíbrio delicado entre (o conhecimento de) regras gerais e um engenho para a consciência do particular (...)*⁷. Será que as novas propostas sobre a *praxis* médica, motivadas por necessária exigência de visibilidade e de racionalidade, têm na devida conta a natureza da disciplina, um saber do individual? E têm em atenção as razões históricas e técnicas da autoridade, isto é, da responsabilidade, profissional?

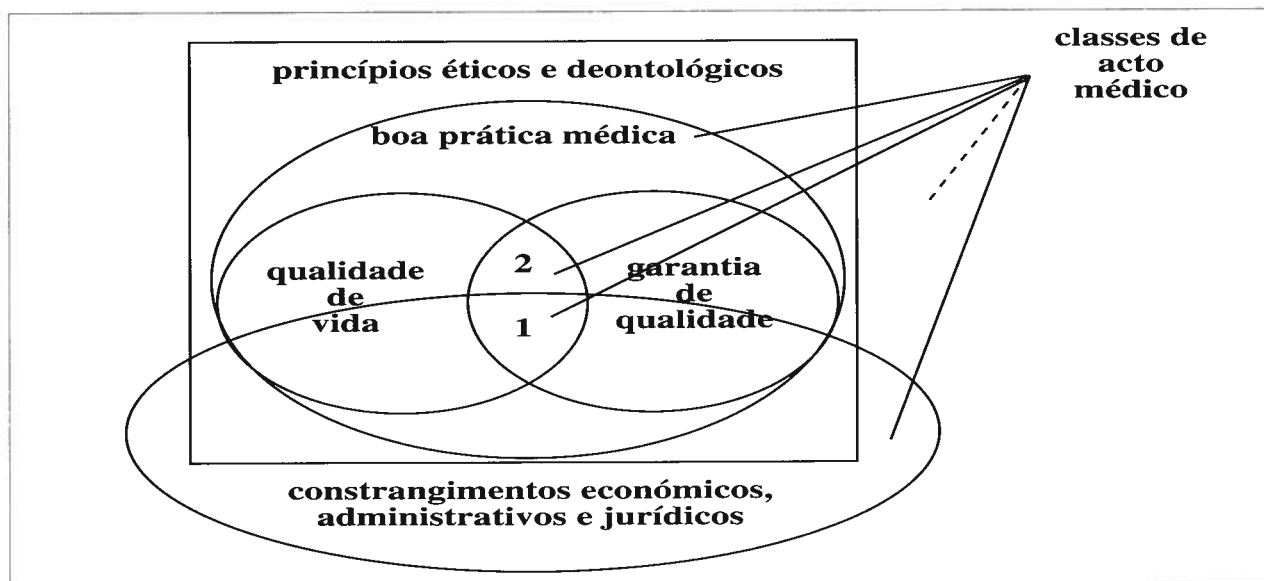


Fig. 1- Envoltentes do Acto Médico

Não estaremos a baralhar mediatização do poder, medicalização da sociedade e burocratização da medicina, não estaremos a confundir sucesso mediático, sucesso científico e sucesso clínico?

De facto, faz parte da essência da arte médica, da promoção da saúde, não apenas a redução da incerteza mas também a redução da indiferença: a solicitude, o cuidado, a atenção ao Outro, a quem quer que estando doente me solicita ou consulta. No plano cognitivo e afectivo, requer-se para tal não apenas competência técnica mas principalmente sentido de humanidade. A atitude de disponibilidade, a posição de escuta, a abertura à alteridade é uma condição *sine qua non* para se conseguir subsumir uma lei pura prática numa acção concreta, muitas vezes urgente e arriscada. Através de um esquematismo mental da comunidade⁸, da solidariedade, em traços fortes descrito pela máxima de Protágoras *o Homem é a medida de todas as coisas*, o clínico consegue imaginar-se na pele do doente. Sentir-se no lugar do Outro, manobra essencial para a compreensão, mas ser-se capaz de voltar ao seu posto, manobra essencial para as acções (sobre as quais não me alongarei aqui).

Nos países mais desenvolvidos assiste-se nos dias de hoje ao crescer da jurisprudencialização da prática médica, tendência esta imputável à fragilidade da vida humana, aos elevados custos da medicina e à recente descoberta política de que a (...) *responsabilidade é o lado complementar do poder. Nós somos responsáveis pelo que fazemos. E nós fazemos tudo o que somos capazes de fazer (...)*⁹.

Em atmosfera de alguma suspeição, com a relação médico-doente cada vez mais reduzida a uma relação contratual ou mesmo comercial, reconhecidos os poderes das ciências e das tecnologias hodiernas – não de alquimia, mas de demiurgia, molecular, cuja realidade ultrapassa a ficção — muitos profissionais de saúde, muitos cidadãos, interrogam-se com legitimidade: como determinar a correcção do acto médico, qual o seu fundamento, quais as suas fronteiras? Atalhando argumentos complexos ainda em elaboração, deixarei apenas a hipótese de que a sua justificação última nasce de um sentimento universal de justiça, de inteligibilidade, de oportunidade – complexo de afectos produzidos originariamente pelo sentimento de fraternidade, pela *philia*¹⁰. A clínica, claramente, impõe limites à medicina.

Como conciliar então – e esta conciliação urge – uma medicina baseada no indivíduo, no todo, na *philia*, na relação de empatia, na qualidade da relação, com uma medicina baseada na parte, na estatística, na quantidade, escorada em factos exactos ou incertos? Apresentarei,

como resposta, um esboço de modelo do acto médico.

Antes examinaremos, ainda que muito esquematicamente, um estudo actual que exhibe com clareza os condicionamentos extrínsecos do acto médico e apresenta instrumentos de medida dos valores, das utilidades e das preferências dos doentes oncológicos¹¹. Traduz uma corrente da *tecno-medicina* que visa a determinação da matéria de prova (*evidence*) para restringir a margem da insegurança da decisão clínica e, ao mesmo tempo, para diminuir a heteronomia na relação médico-doente. Como? Através da determinação da utilidade esperada de cada decisão, utilidade que medirá o respectivo valor. Os autores começam por nos propor uma tipologia das decisões que a seguir se descrevem (Q. Vida e QV quer dizer qualidade de vida; SV, sobrevivência; RT, radioterapia; QT, quimioterapia; U, Util., utilidade; QA, *quality adjusted*). Note-se que as preferências dos doentes são determinadas por testes, questionários, cálculos da utilidade que se intitulam de psicométricos.

1. Q. de VIDA vs Q. de VIDA	escala analógica visual	ex: cirurgia vs RT
2. Q. de VIDA vs TEMPO	time trade-off	palições #
3. Q. de VIDA vs RISCO	<i>aposta</i> ; árvores decisoriais	QT vs transplante

O problema seguinte é como inserir os valores individuais do doente nos modelos de decisão. Para essa finalidade determina-se a esperança de vida ajustada à qualidade de vida, para cujo cálculo se procede como indico na Figura 2.

Ter-se-à reparado que a determinação de muitos destes parâmetros não é matéria médica, excede em muito a mera deliberação clínica, é impraticável no consultório ou à cabeceira do doente. Pelo contrário, é obrigação do médico assistente *acompanhar o doente na descoberta da verdade* (como dizia João dos Santos): saber informar bem sem agravar o sofrimento e, claro, sem culpabilizar, procurar saber como é que o doente sente, vive a doença, como valoriza as consequências, as complicações inerentes a certas terapêuticas, obter o consentimento. É preciso saber: o que é que lhe custa mais, perder um peito numa operação que obriga a breve internamento ou conservá-lo e efectuar radioterapia mamária durante várias semanas (decisão de tipo 1)? noutro caso (decisão de tipo 2), que prefere, menos qualidade de vida imediata com mais *quantidade de vida* ou vice-versa (o slogan: *mais vida aos dias ou mais dias à vida*)? etc. E quando há várias subdecisões, todas elas também incertas e de carácter probabilístico? Como chegar, de mãos dadas ao doente, suportando-o activamente, a este tipo de questões? E quem vai matematizar os dilemas; alguém se

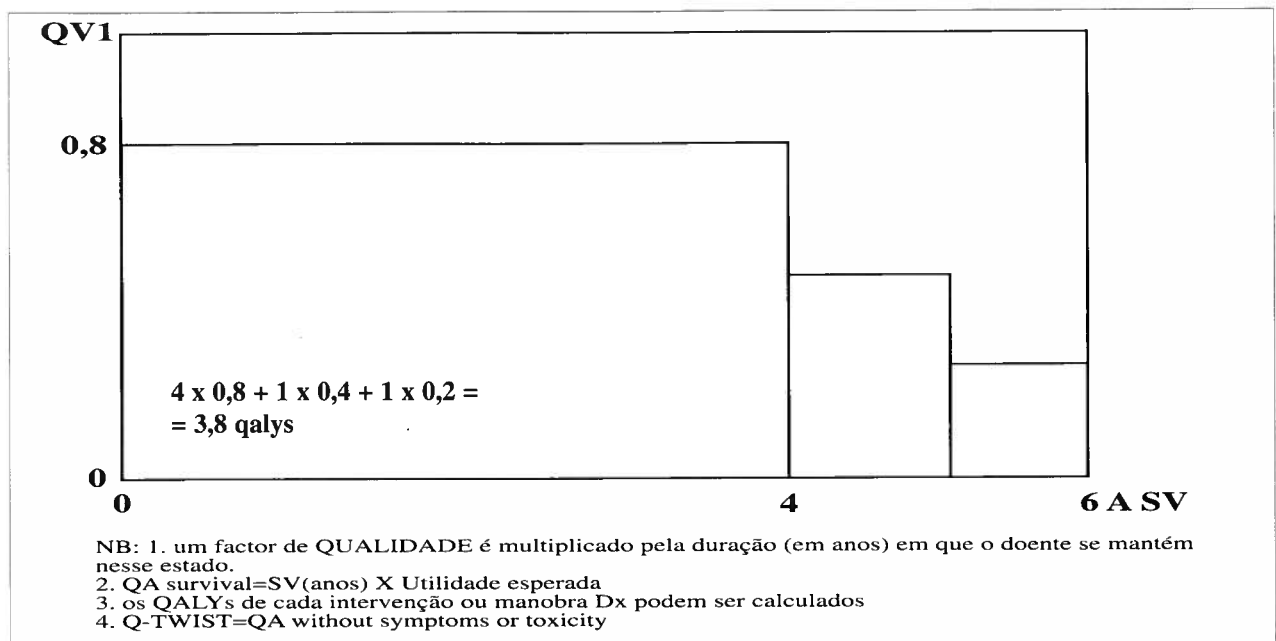


Fig. 2- Esperança de Vida Ajustada à Qualidade (QALY) (apud De Haes et al)

propõe medir o sofrimento? Não o clínico, certamente.

Adiante falarei de outras limitações a esta nem sempre altruísta e bem intencionada numerologia (o doente é sacrificado em nome do interesse social, para se alcançarem melhores resultados de gestão, para satisfação das companhias de seguro – ambições actuais, legais e que até legítimas, mas não são médicas!). Parece que estamos num beco sem saída. Não o creio, se cada interveniente for honesto e souber assumir não só as suas competências profissionais, mas também as suas responsabilidades, se tiver que responder pelas suas decisões¹². É para todos evidente que foi a própria medicina que se deixou arrastar para esta situação (a história médica, social e humana da SIDA é a este respeito eloquente).

Numa série de provocantes artigos sobre a decisão médica, Eddy¹³, vem revelando e reafirmando que 80 a 90% das terapêuticas actualmente existentes não foram adequadamente avaliadas em estudos controlados. Pugna insistente e convincentemente pela fundamentação das decisões médicas na factualidade científica *pura e simples*. Sintetizando, defende um modelo da decisão médica em que as duas fases principais de deliberação são o estabelecimento das consequências, efeitos, metas ou resultados (*outcomes*) das práticas alternativas (fase de prognóstico ou prospectiva) e a determinação da desirabilidade de cada opção (fase de valoração) – fases a que aludi atrás. Eddy sublinha que os clínicos não podem, em geral, estimar com precisão as consequências das diferentes alternativas decisórias¹⁴.

Noutro trabalho, Eddy, contesta pressupostos básicos

da prática médica, avalizando, parece, a substituição do poder médico pelos poderes da tecno-estrutura. Mas em todas as disciplinas prudenciais, nas decisões humanas, não existirão sempre variações do observador? em toda a medição não haverá necessariamente diversa sensibilidade e especificidade dos testes diagnósticos? não é o nosso fado a incerteza e ignorância do futuro? – justamente manifestas em divergência de opiniões e em controvérsia. Com sinceridade, comentando as causas de tal situação, Eddy conclui que o problema reside numa evidência, num facto (que dispensa prova): cada doente é um indivíduo, uma pessoa¹⁵. Há o risco iminente de que o juízo clínico, subjectivo, do médico possa vir a ser substituído por máquinas (métodos formais e robustos de decisão, Bayesianos ou outros, já existem); uma coisa é certa, os avanços tecnológicos e os cortes orçamentais na Saúde tornarão as decisões médicas cada vez mais difíceis. Outra autoridade nesta matéria, Kassirer¹⁶, afirmava há dois anos que a boa prática requer hoje a plena e expressa compreensão de como os doentes vêm os resultados das intervenções médicas, principalmente em decisões *utilidade-dependentes* (*utility-sensitive decisions*: pelo risco de vida, pela gravidade das complicações, pelos custos e benefícios a curto e a longo prazo).

Compreender-se-á que o que se busca é um miórfico ponto fixo universal para decisões sempre incertas, uma métrica que permita contabilizar probabilidade, tempo, custo, valor, e, parece, mal-estar, bem-estar, sofrimento, felicidade. Um especialista nestas matérias respondeu-nos com ironia há quatrocentos anos: procuram um ponto fixo

(...) como os que estão num barco crêem que os que ficaram na margem deslizam. É preciso ter um ponto fixo para julgar. O porto julga os que estão no barco; mas onde iremos nós buscar um porto moral?¹⁷ Assumamos definitivamente, que, como o governo de um país, o comando de um navio ou a decisão de um juiz, a medicina humana é uma ciência especial, uma disciplina prudencial, uma arte do conhecimento prático do individual¹⁸. A medicina (ocidental) tem a particularidade de ter 2.500 anos e de ser baseada num acto de confiança recíproco. Vejamos o que isto significa este pacto.

A DETERMINAÇÃO DA BOA PRÁTICA

Rompendo com hábitos milenares, contra o espírito da época, o periodeuta (os primeiros médicos eram médicos de pé descalço, itinerantes) jura respeitar-se e respeitar o doente: para se referir ao paciente, o termo mais frequentemente utilizado nos textos da medicina hipocrática é *anthropos* que significava qualquer indivíduo, mulher ou homem, livre ou escravo, criança ou adulto, amigo ou inimigo. No domínio social o médico grego beneficiava de uma reconhecida identidade profissional, no plano científico dispunha uma teorial global da natureza, uma noção empírica de diagnóstico, inicialmente (...) inseparável da gnosis, do conhecimento do conjunto da natureza (...) ¹⁹. Mas sobretudo, o periodeuta empregava um método para a aquisição de conhecimentos objectivos, aprendia o caminho diagnóstico, o método clínico. Sabia que para cada caso haveria o bom caminho.

Uma das descrições mais antigas do método de Hipócrates vem no Fedro, um dos diálogos de Platão: aí Sócrates explica a Fedro o que não é e o que é a retórica. A dado passo, Sócrates dizia (...) *todas as artes importantes devem basear-se na pesquisa e na meditação da Natureza, pois é daí que parece advir-lhes essa sublimidade de pensamento (...)*

Fedro – *Que pretendes dizer com isso?*

Sócrates – *Com a arte retórica passa-se mais ou menos o que se passa com a Medicina.*

Fedro – *Então como?*

Sócrates – *Tanto em uma como em outra cumpre efectuar a análise de uma natureza: na primeira, a análise da natureza do corpo e, na segunda, a análise da natureza da alma (... ..)*

Sócrates – *E achas que é possível conhecer a natureza da alma de uma forma condicionada, independentemente da forma universal?*

Fedro – *A dar crédito à doutrina de Hipócrates, um Asclepiades, nem sequer o corpo se pode conhecer sem*

recorrer a esse método! (... ..)

Sócrates – (...) *procura agora saber o que dizem Hipócrates e a razão, sobre a Natureza! Não é esta a maneira mais apropriada para determinar as características de um objecto, qualquer que ele seja? Primeiramente, cumpre saber se o objecto que desejamos conhecer é simples ou multiforme; depois, no caso do objecto ser simples, precisamos de conhecer as suas propriedades; qual a sua natureza essencial, e que relações tem com outros objectos, pelos quais pode ser influenciado, ou aos quais pode influenciar. Se, no entanto, o objecto for multiforme, isto é, comportar uma pluralidade de formas, teremos de as enumerar e, depois de as enumerar, poderemos proceder como já tínhamos feito para o objecto simples em relação a cada uma dessas formas; qual dessas partes é capaz de produzir uma acção e que espécie de acção? E qual é a influência dessa acção?*²⁰.

Não é, pois, de estranhar que, desde Platão e Aristóteles, muitos dos grandes filósofos de todos os tempos, tenham utilizado a medicina como pedra de toque da suas reflexões sobre o Cosmos e das suas observações acerca da Vida. Werner Jaeger é peremptório quando escreve (...) *Pode-se afirmar sem exagero que sem o modelo da Medicina seria inconcebível a ética de Sócrates, a qual ocupa um lugar central nos diálogos de Platão (...)*²¹.

Esta difusão de ideias e experiências prolongou-se durante séculos: nos escritos de Díocles, um médico do séc. IV AC, de Atenas, surgem conceitos filosóficos provindos da Medicina do século anterior. Por exemplo, a noção de justa medida (*to metrion*), de conveniência, de adequação, de tacto, uma aguda (...) *sensibilidade para captar o que é mais indicado fazer em todas as esferas da acção. (...)*²². São manifestações de um modo de pensar que (...) *aproxima Díocles da ética aristotélica, ao mesmo tempo que em outro aspecto ele se submete à analítica de Aristóteles, quando censura a tendência dos médicos a investigarem a causa de tudo, em vez de pensarem que há certos fenómenos gerais que se devem aceitar como dados, não necessitados de argumentação, nem de prova (...)*²³.

Com efeito, de Hipócrates e Aristóteles, dos cadernos de conselhos (*consilia*, relatos de casos clínicos do séc. XII em diante), aos casos de consciência, à casuística moral, jurisprudencial, médica e, muito depois à psicanálise, tem havido um fértil cruzamento de influências que só hoje começa a ser estudado²⁴. Por ter sido fundadora, por ter maior acuidade, salientarei a ética prudencial. É uma arte humana, do razoável, da circuns-

peção, do argumento, da decisão provável, da atenção às circunstâncias concretas. Requer atenção à Vida, ver pelos seus próprios olhos, educação dos sentimentos. Implica escrupulo, tem evidentes traços de casuística: a identificação de juízos e casos a partir da analogia e de paradigmas, o recurso a máximas de conduta, a análise das circunstâncias e das probabilidades²⁵. É filha e matriz do acto médico (Figura 3).

A primeira lição hipocrática da cura das doenças do corpo-e-alma é (...) *a necessidade de em todos os campos se compreender, primeiro que tudo, com exactidão, a função da parte no todo, determinando assim o que é mais adequado ao tratamento da parte (...)*²⁶. A atenção à parte e ao todo (ou ao local e ao global) e uma ideia de universal na abordagem do padecer, não apenas no diagnóstico e na teoria da doença, mas também no tratamento racional ou etiológico, no prognóstico e na contextualização da acção singular – são constitutivos da arte médica, como disse. Diagnóstico significa identificar e separar o diferente sem perder de vista a unidade em que se insere. A deliberação clínica é porém centrada no prognóstico, na previsão da evolução, no conhecimento da história natural da doença²⁷. Um problema incontornável e raramente considerado em medicina e especialmente, em clínica, é o da escala própria para a descrição ou para a explicação dos fenómenos²⁸. Por vezes esquecemo-nos, mas é evidente que a clínica tem a sua própria escala há muito fixada – trata-se do *ente* que é para si, fim em si, a pessoa humana na unidade do seu organismo, na inseparabilidade do seu corpo/alma.

É manifesta a importância destes conceitos e procedimentos para uma decisão adequada, inteligente e responsável. Sublinho que se presume o carácter inteligível, aberto, incompleto, dependente do contexto e até arbitrário, de algumas regras e princípios. Com a vulnerabilidade que tal facto determina: essa é a natureza das coisas, é a realidade frágil das ciências humanas. A sua

aplicação à ética, como Aristóteles percebeu, é de grande interesse. Depreendeu-se da anterior caracterização da casuística que um argumento moral só é razoável quanto é tópico, isto é, típico, ou seja (recupere-se a grande metáfora) clinicamente ajustado; faz apelo a exemplos, a *pistas* ou caminhos, a máximas, emprega argumentos analógicos que estabelecem as suas conclusões particulares de presunção ou probabilidade²⁹. O pensamento morfológico, o raciocínio de analogia, significa a avaliação de cada ocorrência ou decisão a partir das semelhanças e das diferenças entre tipos particulares de casos; implica o retorno à experiência antes vivida (à beira do doente). Aceita-se a necessidade de uma sistemática, de começar por uma ponta (da cabeça até aos pés) mas, depois da comparação, identificadas as particularidades do caso, devemos fazer o movimento inverso do local ao global³⁰. Adquire-se desta forma a noção de uma tripla dimensionalidade: escala subjectiva (pessoal), escala espacial e escala temporal. Nas interpretações valorativas e nas decisões tópicas, éticas, deontológicas ou jurídicas, cabe ainda reflectir sobre o horizonte de intencionalidade adequado ao objecto e adaptado à operação.

Em resumo: não são de ontem as regras gerais, os valores, os gestos que o clínico haverá de ter mentalmente presentes ao diagnosticar e resolver cada problema concreto do doente, num exercício de raciocínio abduutivo e pensamento analógico; são gestos antigos subordinados aos critérios da boa prática. Ao longo de séculos foi-se acumulando um saber, um sistema de clínica que compreende procedimentos semiológicos e de diagnóstico diferencial bem definidos e consagrados (ideia de uma constituição clínica), paralelamente desenvolvia-se uma ideia reguladora (sistematizante) dotada de princípios de inteligibilidade, de normas deontológicas, de heurísticas, teorias e doutrinas, acerca do seu objecto (uma filosofia da medicina, do corpo e do organismo, ciências biomédicas, uma ciência da clínica, dita epidemiologia

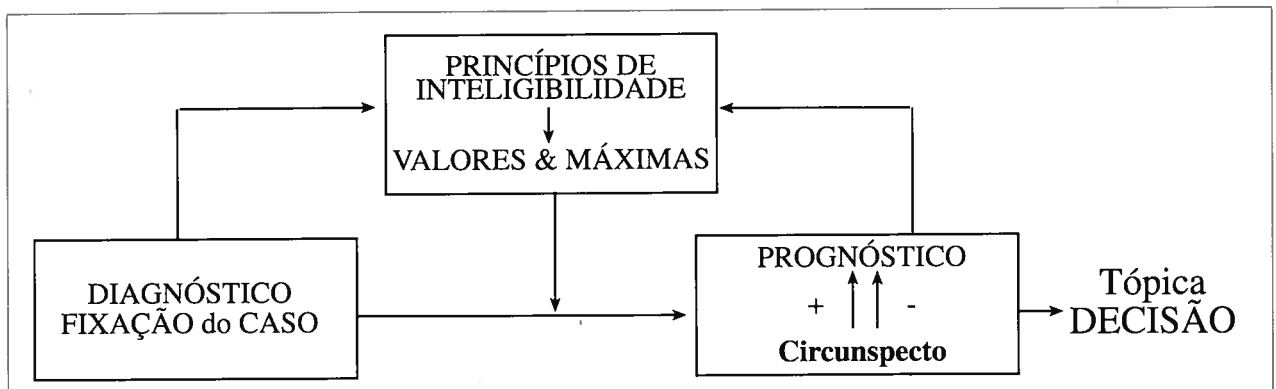


Figura 3- O Acto Médico, Ponto de Vista da Casuística

clínica, psicologia da saúde, etc.). Contribuem não apenas, para o contexto da descoberta e da explicação, mas também para a crítica de meios e fins, carências e de excessos, nas decisões clínicas. Contribuem para fundamentar, engrandecer e justificar o acto médico (veja-se a Figura 3).

UM ACTO MÉDICO AUMENTADO

Um preceito hipocrático famoso ensinava que onde há filantropia há também filotecnia: *se calha tratar um estrangeiro ou um pobre é caso para o fazer: pois onde há amor dos homens, há também amor da arte*³¹.

A constituição da prática clínica supõe e exhibe duas determinações inexplicáveis, quase impossíveis certamente incomensuráveis, mas sem dúvida alguma complementares: a determinação do singular e a determinação do contingente. Vou alegar que a primeira visa a redução da indiferença e a segunda a redução da incerteza. Os gregos sabiam pela experiência trágica da vida do indivíduo e da cidade que o sentimento de humanidade se alimenta da *philia*, e sabiam como povo de descobridores por tormentosos *mares nunca dantes navegados* que a razão contingente exige o bom momento, o *kairós*.

Podemos salientar duas grandes classes de dilemas e potenciais conflitos na tomada de decisão médica: conflitos técnicos, internos, de competência, entre a teoria da ciência e a prática e conflitos *externos*, de princípios éticos, entre a deontica e a *praxis*. Vou considerar apenas estes últimos, conflitos verticais, que, genericamente, podem envolver confronto entre ser e ter, saber e poder, fins e meios, valores e factos, privado e público, individual e social, verdade e mentira, bem e mal.

Haverá uma tipologia ou típica destes dilemas? Seria desejável que, assim como prevenimos os riscos das técnicas diagnosticas ou cirúrgicas e as acções acessórias dos medicamentos, e somos obrigados a tudo fazer para evitar os erros de omissão ou comissão, fôssemos capazes de estabelecer e antecipar os principais tipos de violação de normas de carácter deontológico ou ético. Uma conceptualização do acto médico que incorpore princípios adequados e explícitos pode ser um importante auxiliar nas tomadas de decisão mais difíceis e servir de contrapeso às ilusões cognitivas e aos viés mais comuns. Que princípios universais norteiam o médico? Já indiquei os grandes conceitos fundadores da *praxis* clínica, a saber, a *philia* que reconduzo à máxima de Protágoras (o Homem é a medida de todas as coisas) e o *kairós*, que define o sentimento de justiça, o *esprit de finesse*. Eis uma lista de algumas Bases da deliberação

Médica – ATENÇÃO À VIDA – INTEGRIDADE.

PHILIA: REGRA DE OURO – BENEFICÊNCIA – EQUIDADE.

CUIDADO: KAIRÓS

Comento brevemente os dois princípios fundadores: o sentimento de humanidade e o sentimento de oportunidade. Após a releitura de Emanuel Lévinas, não resisto a sugerir que a *philia* é porventura a principal fundação da ética (incluindo da ética médica)³².

Tem sido dito que a fundação *clínica* da ética é a *cáritas*, a atenção ao rosto, à Vida de outrem, anulação da indiferença, no encontro do olhar, na descoberta do Rosto do Outro, outro que ultrapassa todas as medidas, que se manifesta, e que, como diz Lévinas, me determina responsável: (...) *A presença do rosto – o infinito do Outro – é indigência, presença do terceiro (isto é de toda a humanidade que nos observa) (...). Por isso a relação com outrem ou discurso é não apenas o pôr em questão da minha liberdade, o apelo que vem do outro para me chamar à responsabilidade (...) mas também a pregação, a exortação, a palavra profética. A palavra profética responde essencialmente à epifania do rosto, duplica todo o discurso (...). É a minha responsabilidade em face de um rosto que me olha como absolutamente estranho – e a manifestação do rosto coincide com esses dois momentos – que constitui o facto original da fraternidade (...)*³³, da *philia*. Há, creio, um eco do argumento de Santo Anselmo na origem clínica da consciência do Outro.

O corpo é equívoco, o rosto é unívoco. Quando dizemos dar a cara, perder a face, o corpo que se expõe no rosto, é transportado, transformado pela imagem que outro rosto lhe devolve. O rosto é, pois, auto-doação e não apenas, aí, corpo. É parte maior que o todo. A transparência do rosto no olhar de uma criança é o enigma da constituição moral: *o mundo visto sub specie aeternitates*, como da ética dizia Wittgenstein. O corpo que mostra o Rosto, é eminentemente uma (...) *permanente contestação do privilégio que se atribui à consciência de emprestar sentido a todas as coisas*(...)³⁴.

O *kairós* domina o acto médico – é a boa ocasião – e está presente na dinâmica das doenças – é acontecimento, fase, decurso, crise. O médico deve actuar de acordo com o *kairós* e a natureza: o tempo kairológico coexiste com o cronológico. A consciência do clínico é uma consciência káirica: o médico é o inventor da boa ocasião³⁵.

Hans Jonas³⁶ afirmou que nenhuma teoria está vocacionada para a determinação do *kairós*. Não irei enfrentar aqui esta melindrosa questão. Julgo dever remeter para a noção de sentimento de inteligibilidade, de

amor da evidência tematizada por de F. Gil, instância pré-formadora de heurísticas de separação do parecer e do ser, do bem e do mal, do profano e do sagrado. Mas se o *kairós* é tão secreto e volátil – se *A arte é longa, a vida é curta, a ocasião fugidia, a experiência arriscada e o juízo difícil (...)*, como reza o mais conhecido aforismo de Hipócrates – perguntar-se-à, é possível ser-se médico hoje? E ser-se clínico? Capaz da decisão justa e ajustada? Julgo que a resposta passa pelo reconhecimento pré-conceptual de esferas não interpretadas (não interpretativas, não narrativas) da experiência humana banal, que incluem conhecimentos tão diversos como noções e imagens acerca da vida e da morte, do corpo, da dor e do prazer, do sentir e do fazer, da cognição e da razão prática, da infância, da filiação, do humor, do padecer³⁷. Contribuirão para um sentimento comum e natural de justiça, de completude, de adequação, de bondade, de oportunidade. Mas se todos somos assim, então, inversamente, como é possível o erro? Porque erramos tanto? Na vida, na medicina.

Para Eddy as duas principais fontes de erro na clínica são uma má percepção das consequências do acto médico (*misperception of the outcome*) ou uma má compreensão dos valores que o doente atribui aos resultados (*misperception of the values*). Para evitá-los, além da educação através da experiência prática (ensino socrático, tutorial, da clínica) e da formação do carácter, devemos usar a disciplina da auto-crítica (e da mítica pelos pares) à luz dos princípios referidos acima. Recentemente oncologistas norte-americanos recomendam três áreas em que o clínico se deve questionar: *sinto que estou a ser correcto, justo?, prejudico alguém?, como reagiria se fosse dada visibilidade pública à acção?*³⁸. Sublinho a invocação do sentimento de justiça (*feeling right*) e a referência à responsabilidade. Gostaria ainda de acrescentar mais um teste – a quem aproveita a acção ou omissão? – e recorro à máxima bíblica, *a árvore conhece-se pelos frutos*. São especialmente úteis perante conflitos de interesse³⁹.

O confronto diário com problemas clínicos concretos vividos num hospital público, em exclusividade, obriga-nos a reflectir sobre os valores e a especular sobre as práticas teóricas que nos orientam. Algumas questões básicas excedem flagrantemente o âmbito clínico e o campo da medicina: factos e valores devem ser separados?; a subjectividade, a responsabilidade, é a garantia da liberdade individual?; a medida externa do humano é possível ou é o homem que *é a medida de todas as coisas?*; o conceito de mal fundamenta a consciência moral?; qual é a ética primeira: a ética das virtudes, a

utilitária, a casuística...?; qual o valor do sagrado (nenhum, heurístico, absoluto, princípio de universabilidade, etc.)?⁴⁰ Apresento, de seguida, um começo de resposta a algumas destas perguntas.

Tendo presente que Hanna Arendt disse um dia que a ética era impossível sem a noção de absoluto, teremos, em cada caso concreto, de opor os princípios atrás enunciados e jogar judiciosamente, cuidadosamente, uns contra os outros, num *jogo* de soma positiva. É que são mais e maiores as questões que as respostas, e a medicina, como tudo o que é humano, conhece o dia e a noite, a glória e o horror. Não basta por isso o acto médico ser correcto (tecnicamente), tem de parecer ajustado e ser justo. A justificação é um dos maiores problemas da ética aristotélica: (...) *como é que a norma, tendo embora carácter universal, se pode aplicar à vida do indivíduo e ao caso concreto que momentaneamente parece furtar-se a qualquer regra universal. Isso tem importância decisiva no que se refere à educação. Por isso é que Aristóteles distingue essencialmente entre a educação individual e a colectiva, apoiando-se para isso no exemplo da Medicina. Mas a Medicina também ajuda o filósofo a resolver o problema de saber como o indivíduo irá encontrar da sua conduta, ensinando-o a descobrir o comportamento adequado ao justo meio entre o excesso e o defeito, por analogia com uma dieta física saudável. Para melhor se compreenderem estas expressões, bastará lembrar que para Aristóteles a ética versa sobre a regulação dos impulsos humanos do prazer e da dor(...) há um mais e um menos que precisa de ser regulado. Aristóteles define este critério como o do justo meio (...) o meio justo para o indivíduo de cuja conduta se trata (...)*⁴¹.

Alguns mestres ainda nos recordam que muitas vezes o médico, presença e palavra, é o principal tratamento⁴² – e ensinam-nos que, enquanto clínicos, não devemos deixar-nos seduzir por técnicas e linguagens alheias (as máquinas, o número, a estatística, o cliente, o utente, o custo-benefício, a efectividade, a mais-valia...). Pois é sabido que a arte médica, a linguagem médica, a comunicação médico-doente, exige antes de tudo, como me esforcei por demonstrar, presença, humildade, simpatia, escuta, atenção, diálogo, apreço e saber⁴³.

Continua acesa e viva a controvérsia sobre a existência de verdades morais. Quanto a factos morais Nietzsche, afirmou que não os há (e há outros?). Jonsen e Toulmin não aceitam a possibilidade de evidência moral⁴⁴, de uma notícia intuitiva do acontecer, da verdade, moral. Esta é uma questão importante cuja discussão deixo em aberto. Direi apenas, pela analogia com a medicina, pare-

cerá que a *sede* da certeza a respeito de um acto (moral) só pode residir na percepção compartilhada do que está criticamente em jogo numa situação humana particular⁴⁵. Como Gratian explica no Oráculo Manual, a prudência é importante pois permite-nos apreender e ensina-nos a ver os particulares mínimos e estes são objectos da percepção⁴⁶. O que mostra haver facticidade moral no mundo da vida (factos interpretados, factos com tonalidade valorativa), portanto momentos de evidência e verdade moral: não estamos no mundo das imagens virtuais.

A medicina clínica é o exemplo paradigmático de que a unidade do organismo e o conceito de teleologia (finalidade interna) – conceitos modernamente pensados por Kant – continuam a ser indispensáveis para compreender a razão prática e continuam a ser essenciais para definir a consciência moral (a fortiori para reflectir acerca da bioética e da ética da responsabilidade). Com efeito, o procedimento cognitivo central do clínico, a interpretação de sintomas e sinais, obriga ao reconhecimento do particular, à subsunção do caso, sob a regra.

CONCLUSÃO

Sem ter a arrogância de deter a boa formulação do problema nem de possuir a resposta, achei pertinente tratar aqui de uma questão fundamental: quais os alicerces dos clássicos princípios da não maleficência, beneficência, justiça, segredo, responsabilidade, consagrados no juramento hipocrático? - A *philia* é o solo donde nasce o sentimento de humanidade, de justiça⁴⁷. A presença impositiva de outro ser humano, de alguém a sofrer, do doente, só pode reforçar, motivar, suscitar, esta afecção. Inaugura a questão da alteridade, postula a eleidade (como diz Lévinas), ilumina a consciência e espelha a passividade (e não apenas o padecimento), marcos obrigatórios na descoberta do Eu, da verdade, do bom e do justo. Parece portanto pertinente a sugestão de que, a empatia, a *sympatheia* (em latim *compassio*), a solicitude, o cuidado, remetem para um primeiro princípio. Qual é ele? conjecturo que a auto-doação primeira é uma regra de ouro que assumiu na sua *versão arcaica*, uma forma já nossa conhecida: *O Homem é a medida de todas as coisas*. Esta será porventura uma fórmula generalizada e excessiva; mas precisamente por isso é uma útil pedra de toque. Não faças aos outros o que não queres que te façam a ti, ou, na sua enunciação pela positiva, ama o próximo como a ti mesmo, na sua correcta expressão.

Decorre desta concepção que a ética prudencial de Aristóteles é conciliável com a de Kant. Esta é uma ética

da autonomia, do dever. A necessidade de conciliação provem da consciência aguda da actual complexidade do *pathos* do mundo, da permanente reconstrução do sujeito, do seu apertado espaço de liberdade, porém espaço de criação, por isso mesmo, sede do imperativo categórico. Imperativo categórico que é idêntico à regra de ouro, na linguagem mais formal de Kant. Prudência que tem em consideração os constrangimentos psicológicos da *racionalidade estatística* - uma proposição estatística não individual, o que é empiricamente significativo e matéria de prova é o invariante sob apropriadas operações. Nunca é demais repetir, em consequência, que devemos agir inteligentemente como se as nossas acções se fossem tornar em leis universais: esse é o élan da ciência moderna desde o Organon de Aristóteles, mas é igualmente o movimento da *philia* desde Hipócrates.

A antiguidade, o fulgor, a clareza, a pregnância, a perenidade destas ideias, destas formas (de sentir, de ser), vistas à escala da clínica e sob o peso e a responsabilidade da experiência médica, constitui-as em finalidades da vida clínica, em princípios absolutos do acto médico. Do acto médico correcto e aumentado. É porventura esta evidência que têm faltado na nossa vida quotidiana - de profissionais responsáveis, de médicos, de cidadãos. Só a sua ausência explica a triste, deplorável e por vezes repugnante conduta de muitas pessoas, incluindo alguns médicos, por todo o mundo, perante uma nova epidemia, quando começaram a surgir os primeiros casos de doenças associadas ao VIH. Todos os que lutámos e lutamos contra essas discriminação não devemos, não podemos, ignorar, todavia, outras e maiores exclusões e segregações. Não desesperemos, pois a história da Medicina, a história da Ciência e, em especial, a história do Pensamento (da Filosofia) mostram que a razão vence, a razão emocionada; se não vence sempre a doença, derrota pelo menos a idiotia moral, a gestão ignorante e a estupidez vociferante.

Há um imenso abismo entre pensar como o jovem Wittgenstein⁴⁸ (...) *a ética não se pode exprimir. Ética e estética são uma só coisa*. - e conseguir viver em conformidade com essas palavras, pois também foi dito, a vida de bem, a vida por bem *é mundo visto sub specie aeternitates*⁴⁹. Julgo que o filósofo de Viena proclama a necessidade de absoluto por via do sublime, do sentimento do belo, único e inefável. Como Hanna Arendt dissera: a ética exige uma vontade de absoluto, de supremacia interior. Um fosso enorme separa esse modo de viver de certos enunciados apenas *anti-essencialistas* muito em voga, inabitáveis pelo comum dos mortais, mormente por quem tem alguma responsabilidade pela

vida de outrem (pais, professores, enfermeiros, médicos, motoristas, políticos, governantes, juristas, empresários, etc. - quem não tem?). Insistentes, as perguntas acabam por se fazer ouvir: e se fosse eu? que devo fazer? para quê? para quem? porquê? como? quando? Todo o indivíduo é único, todo o cuidado é singular: não serão estas as intuições originárias, as inquietações doadoras, da clínica⁵⁰?

BIBLIOGRAFIA SELECIONADA

- ADSON M: An Endangered Ethic - the Capacity for Caring. *Mayo Clin Proc*, 70: 495-500, 1996
- AMA Council on Ethics and Judicial Affairs: Ethical Issues in Managed Care. *JAMA*, 273: 331-335, 1995
- ARENDRT H: *Condition de l'Homme Moderne*, Paris, Calman-Levy, 1983 (trad. G. Fradier) (orig. 1958)
- AUBER T: *Philosophie de la Médecine*, Paris, Ballière, 1865
- BALINT J, SHELTON W: Regaining the Initiative: Forging a new model of Patient-Physician Relationship *JAMA*, 275, 11: 887-891, 1996
- BELO F: As Ciências e o Singular. *Análise*, 5: 135-139, 1986
- CASSEL E: *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, New York, Oxford University Press, 1991
- CASSEL CK: Editorial. The Patient-Physician Covenant: an Affirmation of Asklepius. *Ann.Int.Med.*, 124, 6: 604-606, 1996
- CRAWSHAW R, ROGERS, DE., PELLEGRINO ED et al: Patient-Physician Covenant. *JAMA*, 273: 1553, 1995
- De HAES J, STIGGELBOUT A: Assessment of Values, Utilities and Preferences in Cancer Patients. *Cancer Treat Rev*. 22A: 13-26, 1996
- EDELSTEIN L: *The Professional Ethics of the Greek Physician*, in O Temkin, CL Temkin, *ancient Medicine, Selected papers of L Edelstein*. Baltimore. John Hopkins University Press, 1987, p. 319-348 (orig. 1967)
- EDDY DE: Clinical Decision Making From to Practice: Anatomy of A Decision. *JAMA*, 263, 3: 441-3, 1990a
- EEDY DE: Clinical Decision Making. From Theory to Practice: the Challenge *JAMA*, 263: 287-290, 1990b
- EDDY DM: Clinical Decision Making From Theory to Practice: Three Battles to Watch in the 1990's. *JAMA*, 270, 4:520-6, 1993
- GADAMER H-G: *The Enigma of Health. The Art of Healing in a Scientific Age*. Cambridge. Polity, 1996
- GIL F: O estatuto do Singular. *Análise*, 5: 141-148, 1986
- GIL F: O Amor da Evidência. sup. de Público, 5/7/1990, p. 2-3
- GIL F: O Sentimento de Inteligibilidade, in F. Gil (Ed.) *A Ciência como Cultura*, Lisboa, IN/CM, 1992, p. 45-56
- GIL F: *Traité de L'Évidence*, Grénoble, Millon, 1993
- GIL F: A Evidência e o Eclipse. Colóquio "O Lugar", Porto, 1996a (com reconhecimento do autor)
- GIL F: De l'épistémologie à la philosophie, par le laboratoire, in *Études sur les sciences. Études sur les techniques*. Paris, 1996b
- HIPPOCRATE: *La Consultation. Textes Choisis et Présentés par A. Debru*. Paris, Hermann, 1986 (trad. E Littré)
- JAEGGER W: *Paideia. A Formação do Homem Grego*. São Paulo, Martins Fontes, 1995, 3ªed. (Trad. de AM Parreira) (orig. 1936)
- JONAS H: *Le Principe de Responsabilité*. Paris. Cerf, 1993, 3ème Ed. (trad. J Greisch)
- JONAS H: Not Compassion Alone. On Euthanasia and Ethics. *Hastings Center Report*, 25,7: 44-49, 1995
- JONSEN AR, TOULMIN S: *The Abuse of casuistry. A History of Moral Reasoning*. Berkeley, University of California Press, 1988
- KASSIRER JP: Incorporating Patients Preferences into Medical Decisions. *NEng J Med*, 330, 6: 1895-1896, 1994
- LAIN ENTRALGO P: *La Historia Clínica, Historia y Teoria del Relato Patografico*. CSIS: Madri, 1950
- LEVI BH: Four Approaches to Doing Ethics. *J. Medicine and Phil.*, 21,1: 41-60, 1996
- LEVINAS E: *Totalidade e Infinito*. Lisboa Ed. 70, 1988 (orig. 1980) (Trad. de J. P. Ribeiro)
- MARQUES MS: O Sopro, o Múltiplo e a Forma. *Análise*, 12: 61-115, 1989
- MARQUES MS: A Analogia e a Idéia de Clínica. *Análise*, 17: 77-158, 1994
- MARQUES MS: Aspectos do Acto Médico: Natureza e Legitimação. Lisboa, 19: 5-51, 1996a
- MARQUES MS: Um galo para Asclépio: Aproximação à hipótese da Passividade Originária. *Análise*, 19: 121-137, 1996b
- MARQUES MS: A Clínica como Justa Medida. Teoria. Comunicação. Conferências do Convento. 13 de Setembro de 1996c
- MESQUITA AP: A Ética de Aristóteles. Sistemática e Princípios e Aplicação. Comunicação ao Colóquio "Curso de Propedêutica Ética para Médicos". Iniciativa do Grupo de Medicina e Filosofia do GFC. Instituto do Clínico Geral. Lisboa, 13/4/1996
- MOLDER F: Como se reconhece o Particular? Lição sobre a Filosofia de Kant. Núcleo de filosofia da Soc. Port. de Psicossomática, 1996 (com gratidão)
- NOGUEIRA DA COSTA N: *Medicina Interna e Medicina Clínica. O Médico*. 34, 109: 1-7, 1983
- NUSSBAUM MC: *The Fragility of Goodness*, cap. 4: *The Protagoras: a Science of Practical reasoning*. Cambridge, Cambridge University Press, 1986
- NUSSBAUM MC: *Non-Relative Virtues: An Aristotelian Approach*, in MC Nussbaum, A Sen (Eds) *The Quality of Life*. Oxford, Clarendon press, 1993, p. 243-276
- OSMOND: God and the Doctor *N Eng J Med*, 302, 10: 555, 1980
- OTTOSSON P-G: *Scholastic Medicine and Philosophy*. Napoli. Bibliopolis, 1984
- PASCAL; *Pensamentos*, Mem Martins, Livros de Bolso Europa-América, 1978, p. 155
- PELLEGRINO ED: *Ethics*, *JAMA*, 275, 23: 1807-1809, 1996
- PLATÃO: *Fedro*. Guimarães. Guimarães Editores, 1994 (5ª ed.) (trad. de Pinharanda Gomes)
- SACKETT DI, HAYNES RB, GUYATT GH et al: *Clinical Epidemiology. A Basic Science for Clinical Medicine*. Boston, Little Brown, 1991
- SAUNDERS C: *Forward*, in D. Doyle, G. Hanks, N. Macdonald (Eds) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford. Oxford University Press, 1994, p. v-viii
- SCHICK F: *Understanding Actions. An essay on Reasons*, Cambridge, Cambridge University Press, 1991
- SHORTER E: *The History of Doctor-patient relationship*, in R Bynun, WF Porter, (Eds) *Companion Encyclopaedia of the History of Medicine*, Routledge, London, 1995, vol. 2, p.783-800
- SMITH TJ, BODURTHA JN: *Ethical Considerations in Oncology: Balancing the Interests of Patients, Oncologists and Society*. *J. Clinical Oncology*, 13, 9, p. 2464-2470, 1995
- THEMUDO MR: *Ética e Sentido. Ensaio de Reinterpretação do Tractatus Logico-Philosophicus de Ludwif Wittgenstein*. Coimbra. Almedina, 1989

THIEBAUT C: Cabe Aristóteles. Madri. Visor, 1988

TRINDADE DOS SANTOS J: O Conceito de Kairos. Comunicação apresentada ao Núcleo de Lisboa da Soc. Port. de Psicosomática. Lisboa, 1996

VUORI HV: Quality Assurance of Health Services. Concepts and Methodology. Copenhagen, WHO, 1982

WITTGENSTEIN L: Tractatus Logico-Philosophicus E Investigações Filosóficas. Lisboa. FCG, 1987 (trad. de MS Lourenço) (orig. 1921)

* NOTA – Trabalho efectuado a partir de uma comunicação proferida para a Abraço em 1996. A data da sua redacção final pode beneficiar dos debates havidos nas *Conferências do Convento* de Setembro de 1996, no Seminário subordinado ao tema *O Justo e a Justiça. Incorporações Transversais* (org. Rui Mota Cardoso). Aos responsáveis e participantes em ambas as iniciativas exprimo o meu reconhecimento. A ideia do título devo-a a uma (inexplicada) associação de ideias com um livro de Manuel Lucena intitulado *Portugal Correcto e Aumentado*.

1 Auber, 1865, p.123s

2 Osmond, 1980, p.555

3 Balint, Shelton, 1996; Adelino Cardoso recordava no Curso de Propedêutica Ética para Médicos que *assistere* quer dizer estar com, estar ao lado, ajudar (como testemunho de vida, recordo que o tratamento dos primeiros casos de SIDA num hospital português em finais do século XX foi uma experiência cruel da hipocrisia e da falta de profissionalismo que não esquece; mas por outro lado devo exprimir a minha admiração e gratidão aos poucos colegas e companheiros que ombro a ombro lutaram para mudar mentalidades e hábitos obsoletos; é de elementar justiça registar os casos de coragem e de humanidade).

4 Crawshaw et al, 1995 (E sintomático que a própria expressão *accountability* não tenha um equivalente, uma tradução corrente, nos meios médico, da instrução pública, da universidade e investigação e, parece, nem sequer na gestão da coisa pública ou na empresa privada: não saberemos o que é a responsabilidade? a prestação de contas?)

5 Jonas, 1995, p.45s

6 Eddy 1990a, p.257

7 Nussbaum, 1993, p.257

8 F.Gil, 1992

9 Jonas, 1995, p.44s

10 A *philia* grega e dos médicos hipocráticos terá começado por ser a camaradagem de armas; acerca do sentimento de inteligibilidade q.v. F.Gil, 1990, 1992, 1993 - estudei-o em Marques 1996b (sobre o sentimento de justiça há imensa literatura clássica, p. ex. A Teoria dos Sentimentos Morais de Adam Smith; q.v. um início de reflexão em Marques 1996c)

11 de Haes et al., 1996

12 Há interesses efectivamente antagónicos nas diversas envolventes do acto médico, mas devem ser dirimidos fora e antes do encontro médico-doente singular, com a participação de todas as partes interessadas. A relação médico-doente deve ser “sagrada”, dignificada. E não abastardada, algo que uma (sociedade da) mediocracia faz com frequência: vide o tratamento do problema da eutanásia. Entre muita outra literatura médica leia-se: AMA Council on Ethics and Judicial Affairs, 1995

13 Eddy, 1993, p.520

14 Eddy, 1990a, b. Temos que convir que a determinação dos QALYs é um objectivo de outras disciplinas autónomas em vias de constituição: a “metrologia” da decisão, a garantia de qualidade dos cuidados médicos, a epidemiologia clínica, a psicologia da saúde; q.v. Vuori, 1982 e Sachett, et al., 1991

15 “(...) the problem is that the cliché about patients being individuals is true (...)” Eddy, 1990b, p. 289 e 287; q.v. sobre o estatuto do singular a polémica entre F. Gil e F. Belo, em *Análise*, 1986

16 Kssirer, 1994, p. 1895

17 Pascal, *Pensamentos* #383

18 Cassel, 1991; Marques, 1989, 1994

19 Jaegger, p. 1045

20 Platão, *Fedro*, 270b-d

21 Jaeger, p. 1001

22 *ibid.*; p. 1055

23 *ibid.*, p. 1056; cp. A.P. Mesquita 1996 e Schick, p55,69: Em Aristóteles, recorde-se, cada silogismo prático comporta duas premissas – a maior, que representa os princípios ou desejos do agente, e a premissa menor que representa as suas crenças, a apreensão ou entendimento (do significado) dum opção – e a conclusão prática. Aristóteles aceita pois uma racionalidade nos desejos, pela qual estes têm de satisfazer não apenas o princípio de não contradição e clausura, mas também o de consistência ou não denegação. A ética de Aristóteles é uma ética da virtude, do meio termo, da prudência, da felicidade.

24 Jonsen, Toulmin, 1988; Levi, 1996

25 Jonsen, Toulmin, *ibid.*, p. 122s, 251s

26 Platão, cit. in Jaegger, p. 1034; cp. Gadamer, p. 40

27 tratado em Marques, 1994

28 mas cp. Marques, 1989 (com gratidão ao autor da ideia, F. Gil)

29 Jonsen, Toulmin, *ibid.*, *ibid.*, pp.73s,85

30 *ascensus* e *descensus*, *ibid.*, *ibid.*, p.6, 13

31 “S’il y a lieu de secourir un homme étranger et pauvre, c’est surtout le cas d’intervenir: car là où est l’amour des hommes c’est aussi l’amour de l’art(...)” Hippocrate, *Percepts*#1

32 Acerca do conceito de fundação q.v. F. Gil, 1996a, 1966b

33 Levinas, p. 191; p. 37s

34 *ibid.*, p. 114

35 inventor occasionis. que seguindo Whitehead, examinei em Marques. 1994

36 Jonas, 1993, p. 157. A pregnância do conceito de Kairós, a sua polissemia, a sua pertinência é espantosa: não dizia Protágoras, siga uma lição memorável de Trindade dos Santos, que podemos, devemos, identificar to metron com kairós? e no Górgias não era sinónimo de epieikes – deliberação, descoberta da regra apropriada para um caso não previsto?

37 Nussbaum, 1993, p. 263; q.v. Marques 1996b

38 “does it feels right?”; “does it harm anyone?” in Smith, Bodhurta, 1995

39 Por exemplo a lei nacional do transplante de órgãos consagra (é um sacrifício?), em lugar de promoção do dom, a socialização de princípio do corpo dos moribundos. Imaginam-se os conflitos morais e os conflitos de interesses que o clínico atento e por definição possuidor de uma “consciência não preguiçosa” deve sentir (agradeço a Maria Luisa Couto Soares e a Jorge de Melo terem-me interrogado sobre esta situação). Ganha aqui todo o sentido, creio, uma particular noção de *philia* pelo doente moribundo e uma particular noção de solidariedade pelo potencial receptor do órgão: não a de Sto. Agostinho, “ama e faz o que quiseres” mas a de S. Tomás: a verdade e o bem devem equivaler-se (“*verum et bonnum convertentur est*”). Quer dizer, a filosofia do dom deve ser assumida por todos os intervenientes de modo visível e o modo de realização prática deve ser trazido convenientemente à luz (como as demais intervenções clínicas e sociais).

40 Parece que começa a haver nas Faculdades de Medicina da Universidade Portuguesa quem se interesse a sério por estas questões, apesar dos arcaísmos e contradições institucionais que se conservam. Enquanto nas Universidades de Inglaterra e dos EUA a formação em Humanidades dos Curricula de Medicina aumenta e o contacto com o doente se inicia logo nos primeiros anos do curso, em Portugal faz-se o contrário; encerram-se os cursos de Humanidades da Comunicação médico-doente: tem-se assistido à entrega da disciplina de Deontologia Médica, temática eminentemente clínica, à Tanatologia e Medicina Legal, tendência no mínimo necrófila, sem desprimir dos profissionais que generosamente se encarregam da regência dessa cadeia.

41 Jaeger, p. 1032

42 “(...) In spite of our vast knowledge and our superior technology, there are times when all of us in medicine become the treatment – when what we have most to offer is ourselves (...)” Adson, p. 496; N. da Costa, 1983, p. 4, fala da doença (objectiva) e da dor (subjectiva) que o internista tem sempre de considerar

43 reconhecimento, testemunho, atestação, acknowledgement, Adson, op. cit., p. 498; leia-se Crawshaw et al

44 Jonsen, Toulmin, op. cit., p. 18, o locus do consumo é caoufístico.

45 *ibid.*, *ibid.*

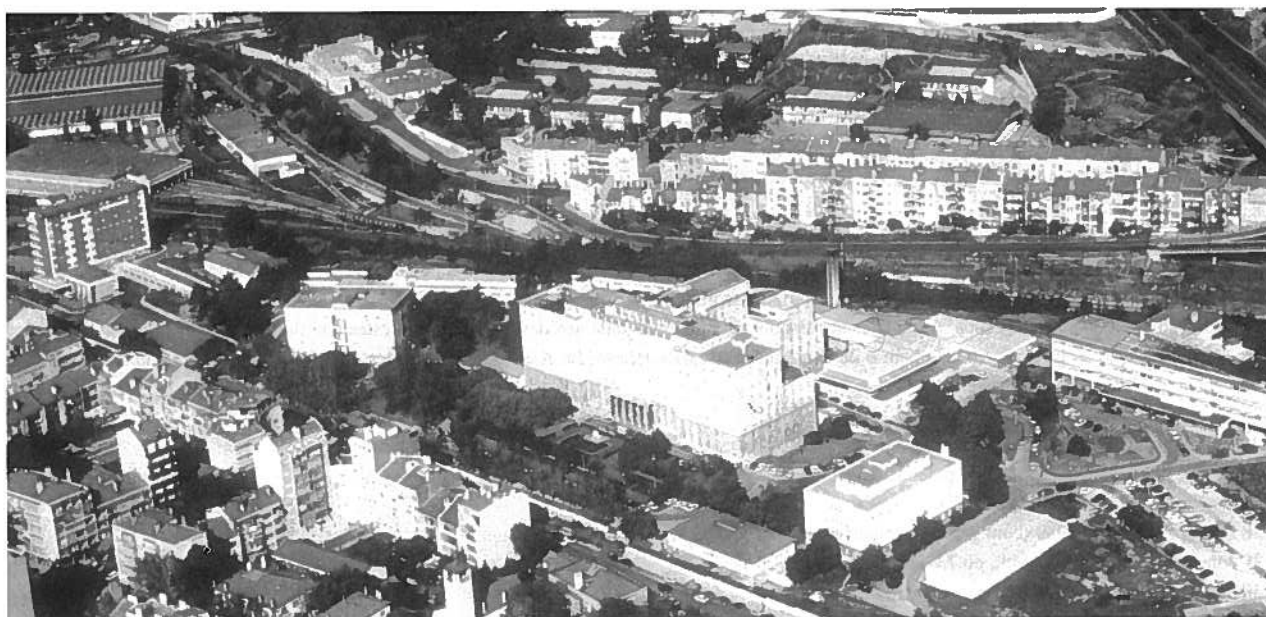
46 os últimos, to eschaton de Aristóteles são, sugiro, equivalentes às pequenas percepções (aisthesis) estudadas por José Gil; não são objectos da razão, in *ibid.*, *ibid.*, p62&n32; a sua pregnância parece especialmente significativa mas equívoca, no círculo dos conhecimentos evidentes, nas esferas não narrativas da Vida.

47 ideia surgida de uma conversa com José Gil, a quem agradeço

48 Wittgenstein, Tractatus, #6.421

49 Themudo, p. 193

50 cp. F. Gil 1996a



Instituto Português de Oncologia. Lisboa.