

Universidade da Beira Interior



Faculdade de Ciências da Saúde



**A relação médico-doente face aos avanços tecnológicos da
medicina nos séculos XIX e XX: haverá sempre ganhos?**

José Pedro de Sousa Tadeu

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Junho de 2009

Universidade da Beira Interior



Faculdade de Ciências da Saúde



**A relação médico-doente face aos avanços tecnológicos da
medicina nos séculos XIX e XX: haverá sempre ganhos?**

Realizado por

José Pedro de Sousa Tadeu

Orientado por

Doutor António Lourenço Marques Gonçalves

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Junho de 2009

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Medicina, realizada sob a orientação do Doutor António Lourenço Marques Gonçalves, Professor Associado Convidado da Faculdade de Ciências da Saúde.

Resumo

Introdução: Estes são tempos estranhos, em que estamos mais saudáveis que nunca, mas simultaneamente, mais ansiosos com a nossa saúde (Roy Porter).

Os séculos XIX e XX foram os mais ricos em termos de avanços médicos, mudanças sociais e penetração da profissão médica na sociedade. Esta mudança radical da saúde levantou questões que ainda hoje se mantêm. Tentarei dar resposta a estas perguntas no texto que se segue.

Objectivo: Realizar uma reflexão histórica sobre a evolução da relação médico-doente focada na influência determinante dos avanços tecnológicos verificados no campo da medicina, durante os séculos XIX e XX.

Métodos: pesquisa bibliográfica em livros, artigos e conteúdos online usando palavras-chave associadas ao tema.

Discussão: O século XIX foi caracterizado por revoluções em todos os sectores da sociedade. Marcado pela Revolução Napoleónica, o ensino médico foi modificado. A anatomia, o laboratório e a epidemiologia tornaram-se parte fundamental do exercício da medicina. As descobertas de novos métodos diagnósticos sucediam-se a uma velocidade estonteante. Concomitantemente, a Revolução Industrial provocou profundas alterações sócio-demográficas. O ambiente nefasto das novas metrópoles levou a novas crises sociais, com epidemias e taxas de mortalidade nunca antes vistas. Criou-se o ambiente propício ao desenvolvimento de sistemas públicos de saúde, controlados pelo Estado, que pudessem solucionar estes problemas da população. Apesar dos avanços presentes, as grandes mudanças deveram-se à intervenção do Estado na melhoria das condições de vida das pessoas. A Medicina era impotente perante a doença, embora soubesse, melhor do que nunca, diagnosticá-la.

Tudo mudou no século XX. As infecções foram finalmente vencidas, a cirurgia realizava verdadeiros milagres, novas técnicas diagnósticas permitiam visualizar directamente o órgão vivo. Mas toda esta tecnologia levou a um distanciamento entre médico e doente. As novas patologias crónicas continuavam sem cura. E a medicina não conseguiu cumprir a sua promessa de curar todas as doenças. Tensões profissionais e sociais também foram parte do novo dilema da medicina: a própria humanidade.

Conclusão: A melhor hora da medicina pode ser também o amanhecer dos seus problemas. Durante muitos séculos a medicina foi impotente mas não era problemática. Dos gregos até à Primeira Guerra Mundial, as suas funções eram simples. Hoje, tendo controlado muitas doenças, antes mortais, aprimorado o parto e dominado a dor, desígnio magnânimo, os seus triunfos dissolvem-se na sua desorientação. A medicina levou a expectativas inflacionadas, que o público rapidamente aceitou como verdades. Mas à medida que as expectativas sobem, mais inatingíveis se tornam. A medicina tem pois um árduo trabalho à sua frente: estabelecer os seus limites e redefinir os seus objectivos.

Abstract

Introduction: These are strange times, in which we are healthier than ever but, simultaneously, more anxious about our health (Roy Porter).

The centuries 19th and 20th were the richest in terms of medical breakthroughs, social changes and penetration of the medical profession into society. This radical change in health raised questions that are still today standing. I will try to answer them in the following text.

Objective: To make a historical reflexion about the evolution of the relationship physician-patient focused in the determinant influence of technological breakthroughs verified in the medical field, during the 19th and 20th centuries.

Methods: Bibliographic research in books, articles and online contents using keywords associated with the main subject.

Discussion: The 19th century was characterized by revolutions in every of society's sectors. Marked by the Napoleonic Revolution, medical teaching was modified. Anatomy, laboratory and epidemiology became a fundamental part of medical practice. The discoveries of new diagnostic methods followed at an astonishing speed. At the same time, the Industrial Revolution provoked profound socio-demographic changes. The toxic environment of the new metropolis led to new social crisis, with epidemics and mortality rates never seen before. The mood was set for the creation of public health systems, controlled by the state, was set which could control the population's problems. Albeit all the advances present, the great changes were due to the intervention of the state in bettering the living standards of the people. Medicine was powerless against the disease, although it knew, better than ever, how to diagnose it.

Everything changed in the 20th century. Infections were finally beaten, surgery performed true miracles, new diagnostic techniques allowed the direct visualization of the living organ. But all this technology led to physicians and patients to grow apart. New chronic pathologies remained incurable. And medicine couldn't follow up to its promise of healing all the diseases. Professional and social tensions were also part of the new medical dilemma: humanity itself.

Conclusion: The finest hour of medicine may be, as well, the dawn of all its problems. During many centuries medicine was impotent but was not problematic. From the Greeks until the First World War, its mission was simple. Today, having controlled many diseases, before deadly, having expertise on child labour and dominated pain, its ultimate goal, its triumphs meld in its disorientation. Medicine took to over inflated expectation, which the public quickly accepted as the truth. But as expectations rise, the more unreachable they become. Medicine has laborious work ahead of it: establish its limits and redefine its objectives.

Dedicatória

*Aos meus pais por serem a prova que é possível ter as asas de Ícaro sem cair
do céu.*

À minha irmã, por todas as vezes que um conselho dela mudou a minha vida.

À minha namorada por me puxar para cima quando queria ir abaixo.

Aos meus amigos, por razões que aqueles que o são saberão.

Ao sonho que agora se torna realidade.

Agradecimentos

Ao Doutor António Lourenço Marques Gonçalves pela simpatia, apoio e compreensão demonstradas.

Ao Professor Doutor Miguel Castelo-Branco por ser sempre um exemplo de profissionalismo e dedicação.

À Faculdade de Ciências da Saúde, casa que me tornou no médico que serei amanhã.

Ao Centro Hospitalar da Cova da Beira, sítio onde estudei e aprendi sobre vida e morte.

Às Doutoras Maria José Santos, Maria José Bessa e Graciete pela disponibilidade e simpatia demonstradas na revisão da minha tese.

Aos professores que marcaram a minha vida. Espero um dia conseguir ser o profissional que vocês, diariamente, são

Aos funcionários da Faculdade de Ciências da Saúde, especialmente à Cláudia, ao Relvas, à Magda, ao Prior e ao Sr. Joaquim pela simpatia e disponibilidade.

A todos os doentes que se disponibilizaram a contribuir para a minha aprendizagem.

A todas as pessoas que de todas as maneiras me ajudaram durante o meu percurso de vida.

Índice

Resumo	4
Abstract	5
Dedicatória	6
Agradecimentos	7
Introdução	9
Objectivos.....	10
Métodos.....	11
Século XIX: A prodigiosa tecnologia médica, os avanços fulgurantes e a crença em vencer a morte	12
A sociedade industrial	12
Criação dos sistemas de saúde pública	15
Saúde à força.....	19
O balanço.....	23
Medicina, Estado e Sociedade	25
A medicina e o estado.....	30
Conclusões	38
A Medicina e as pessoas.....	39
O paciente, o médico e a cabeceira da cama.....	40
A medicalização e o descontentamento associado	45
Conclusão	52
O passado, o presente e o futuro	52
Bibliografia.....	56

Introdução

Estes são tempos estranhos, em que estamos mais saudáveis que nunca, mas simultaneamente, mais ansiosos com a nossa saúde [1].

A esperança média de vida no Ocidente continua a aumentar. Uma mulher inglesa tem uma esperança média de vida de setenta e nove anos, o dobro de há cinquenta anos atrás. De diversas formas, a medicina continua a avançar, novos tratamentos surgem e a cirurgia desafia a imaginação, no entanto poucas pessoas se sentem confiantes com a sua saúde, os seus médicos e os cuidados médicos em geral [2].

Há o sentimento generalizado que o nosso bem-estar está em perigo e as ameaças estão por todo o lado, desde o ar que respiramos à comida nas lojas. Tornámo-nos hipocondríacos? Ou será que nos habituamos a ser tão saudáveis que a doença se tornou, mais do que nunca, uma preocupação constante? Para perceber esta questão é necessário compreender como chegamos a este ponto, examinando a evolução, os paradigmas e a mentalidade da medicina actual [1].

Os séculos XIX e XX foram os mais ricos em termos de avanços médicos, mudanças sociais e penetração da profissão médica na sociedade. Esta mudança radical da saúde levantou questões que ainda hoje se mantêm. Será que a Medicina é, realmente, o maior benefício que a Humanidade já conheceu? Ou ter-se-á tornado numa prática mecânica que ignora o ser humano, focando-se em órgãos e doenças? Tentarei dar resposta a estas perguntas no texto que se segue.

Objectivos

Realizar uma reflexão histórica sobre a evolução da relação médico-doente focada na influência determinante dos avanços tecnológicos verificados no campo da medicina, durante os séculos XIX e XX.

Métodos

Pesquisa bibliográfica em livros, artigos e conteúdos online com as palavras-chave: sociologia médica, medical sociology, história médica, medical history, medicina no século XIX, 19th century medicine, medicina no século XX, 20th century medicine, avanços científicos da medicina, medical science breakthroughs, crítica da medicina, medicine critics, medicina e sociedade, medicine and society, relação médico-doente, physician-patient relationship, estado e medicina, state and medicine, saúde pública, public health, especialidades médicas, medical specialties, medicina europeia, european medicine, crítica médica, medical critics.

Século XIX: A prodigiosa tecnologia médica, os avanços fulgurantes e a crença em vencer a morte

A modernização e a industrialização levaram a reacções muito díspares. Optimistas, tais como Erasmo e Darwin, viram na ciência, na tecnologia e na indústria a forma que a humanidade teria de controlar a natureza, conquistar a doença e, talvez, vencer a própria morte [1]. Tais sonhos não foram partilhados por todos. Por exemplo, o Reverendo Thomas Malthus apenas visualizava nestes avanços um crescimento populacional desmesurado que levaria a guerras, fome e pestilência devido ao facto de os recursos serem por natureza limitados. Situações como a crise da batata na Escócia (país com um aumento populacional extraordinário), em que se calcula que o número de mortes, devido à fome, fosse de dois milhões de pessoas (apenas na crise de 1845), davam-lhe razão. No entanto, o próprio Malthus admitiu que acções sociais concretas seriam capazes de prevenir estas situações e dar-lhes uma resposta adequada. Este género de comportamento foi a base da saúde pública. [3]

A sociedade industrial

O aviso de Malthus, relativamente ao crescimento populacional, não foi, de todo, descabido. No século XIX, a população inglesa havia triplicado relativamente aos dados de 1750 (de seis para dezoito milhões de habitantes) e oitenta por cento destes viviam em cidades. Esta tendência era geral em todos os países industrializados. Consequentemente, esta mudança sócio-demográfica trouxe consigo todas as características patogénicas típicas das metrópoles modernas. A doença provocou mais vítimas que a guerra civil

norte-americana ou as guerras napoleónicas. Contudo, as guerras são apenas temporárias mas a doença veio para ficar [1].

As pessoas viviam nas novas cidades industriais com condições propícias a situações patológicas: más habitações (caves inundadas por esgotos), vários agregados familiares em apenas uma divisão, contaminação de fontes de água e poluição atmosférica, inexistência de sistemas de esgotos e, basicamente, dejectos em toda e qualquer parte. Esta realidade criava as condições ideais para a manifestação de qualquer tipo de doença. A mortalidade infantil andava de mãos dadas com a exploração do trabalho infantil em minas e fábricas (a esperança média de vida não chegava a vinte anos, nas classes trabalhadoras) e, por todo o lado, rondavam o empobrecimento e a crise sócio-familiar. Nas palavras de Friedich Engels (colaborador de Karl Marx) “em qualquer local vejo fantasmas pálidos, lânguidos, enfezados e de olhos cavados”, apinhados em casas que não eram mais que “cortes para dormir e morrer”. Andrew Mearns, no seu *“Bitter Cry of Outcast London”* (1883) perguntava aos seus leitores “têm noção do que estes galinheiros humanos pestilentos são, onde dezenas de milhares vivem amalgamados entre horrores que nos trazem à ideia os relatos do transporte dos navios de escravos?” [4].

Ainda hoje se discute se a revolução industrial melhorou ou piorou os ordenados e os níveis de vida. Mas não há dúvidas quando se afirma que pôs em risco a saúde das populações [1]. Percival Pott relatou os malefícios das profissões ao indicar que os limpa-chaminés desenvolviam cancro no escroto, os mineiros de carvão tinham pneumoconiose, os algodoeiros tinham a “doença do pulmão castanho”, os trabalhadores das fábricas de fósforos sofriam de doenças mandibulares e a exposição a pós metálicos e de minerais

conduzia a silicose, comum entre mineiros, oleiros e cuteleiros. Charles Turner Thackrah afirmou que “nem sequer dez por cento da população das grandes cidades se encontra em bom estado de saúde”.

A grande infecção destas grandes metrópoles era, sem dúvida, a tuberculose (chamada de consumismo pois as vítimas eram, quase literalmente, consumidas). Em Paris, a mortalidade relativa desta patologia chegou a atingir valores que rondavam os quarenta por cento. Mas outras patologias assumiam, também, um papel preponderante para os elevados índices de mortalidade: a difteria, escarlatina, sarampo, varíola, febre tifóide e febres entéricas não especificadas. Em 1829, a primeira epidemia de cólera surge na Europa e os mortos devidos a esta infecção ascendem às dezenas de milhar. Embora na altura a causa fosse desconhecida, sabemos hoje que as águas contaminadas e paradas e o pobre sistema de saneamento criaram as condições ideais para que o bacilo da cólera se propagasse. Na última epidemia (1892) já o bacilo tinha sido identificado por Robert Koch (1884) e as medidas de saúde pública tomadas pelos governos evitaram que a cólera fizesse mais vítimas [5].

Todavia, era difícil tomar decisões quanto a medidas para evitar todas estas epidemias, pois quando alguém adoecia, a responsabilidade pendia sobre a sua fraca constituição e não o contrário, isto é, que a doença e as pobres condições é que teriam degradado a sua saúde. No entanto, com as tensões sobre os governos a aumentarem e uma aura de revolução sempre presente, os estados decidiram tomar medidas de limpeza urbana e reformas de saúde, como se de curas sociais se tratassem [1].

Criação dos sistemas de saúde pública

Os governos europeus do início do século XIX apresentaram várias e distintas maneiras para lidarem com o problema da saúde pública: o paternalismo alemão que via nos pobres pessoas desprotegidas e que necessitavam de ajuda, o sistema baseado em voluntariado inglês e o modelo francês, com os seus *officiers de santé* (centros de saúde rurais). Apesar de bem intencionados, nenhuma destas medidas teve grande sucesso [7].

O grande avanço veio após a Revolução Napoleónica, em que as reformas do ensino criaram uma elite, formada sob ideais filosóficos de Condorcet, preocupada com a investigação da doença e o planeamento da saúde pública. O primeiro passo no avanço da saúde pública esteve relacionado com a criação de estatísticas populacionais. Adolphe Quetelet analisou no seu livro “*Sur l’homme et le développement de ses facultes, essai de une physique sociale*” (1835) aquilo a que chamou “estatísticas vitais” de uma população: taxas de natalidade e mortalidade, estatura, peso, força, taxa de alcoolismo crónico na população, taxa de criminalidade, taxa de insanidade e muitos outros dados. Com base neste trabalho criou um novo conceito – o homem médio – um indivíduo com características mentais, morais e físicas médias que podia ser analisado em grandes números e expresso matematicamente. Isto fascinou a comunidade médica pois, pela primeira vez, a *méthode numérique* (o método numérico) tão prezada nos hospitais, fora aplicada à população geral, o que trazia a saúde das populações para o campo da ciência. Os franceses foram pioneiros na criação de serviços de saúde pública e a sua grande figura foi o cirurgião René Louis Villerné [1,2].

Villerné, impressionado por um estudo demográfico (*Recherches statistiques sur la ville de Paris*, 1821), foi convidado a analisar as implicações na saúde dos seus achados. Analisando as diferenças na mortalidade dos arredores de Paris e testando todos os factores ambientais convencionais (altitude, solo, clima) reparou que estes não explicavam os padrões de mortalidade registados [7].

Tendo esgotado os determinantes ambientais, Villerné analisou o estatuto sócio-económico das populações. Surgiu evidência incontestável que os arredores mais pobres eram os que tinham taxas de mortalidade mais elevadas. Outros estudos realizados por Villerné correlacionaram remuneração com mortalidade e comprovaram que pobreza e doença andavam juntas [3].

A resposta a estes problemas, segundo Villerné, estava na regeneração moral dos pobres (aliás, o seu grande erro após todas as conclusões brilhantes retiradas da análise populacional) [1]. Assim sendo, o estado seria pouco útil na resolução desta situação social e os empregadores deveriam encorajar os seus trabalhadores a viver decentemente e ensinar-lhes hábitos de sobriedade e frugalidade, vivendo sob os ensinamentos do Cristianismo. A causa da doença eram os próprios pobres e acabar com a doença consistia em civilizá-los para saírem da pobreza. Em Inglaterra foram propostas soluções semelhantes, com William Farr a encabeçar a reforma. No entanto, Farr admitia que os determinantes ambientais também teriam o seu peso para o aparecimento da doença, sendo um defensor das doenças zimóticas. Farr também afirmou que os médicos necessitavam de maior formação na área preventiva para melhorar a condição dos pobres. A primeira metade do século XIX revelou grandes

avanços na análise populacional mas pouco ou nada foi feito para melhorar a saúde das populações.

O paradigma da pobreza enquanto geradora de doença apenas mudaria quando Edwin Chadwick foi nomeado para Secretário da Comissão das Leis dos Pobres inglesa. A primeira medida de Chadwick foi criar as Workhouses (casas de trabalho em tradução livre), convencido que se os pobres fossem forçados a trabalhar sempre que adoecessem, teriam um incentivo para melhorar as suas atitudes e estilo de vida, pois as casas de trabalho não eram locais atractivos para indigentes que não queriam ser produtivos. Foi com grande surpresa que Chadwick, ao monitorizar a sua operação, constatou que a pobreza não estava a diminuir, nem tão pouco a mortalidade derivada das doenças. Concluiu, então, que a doença não era resultado da indigência mas sim da própria pobreza. [2,3]

Chadwick reuniu com outros três médicos ingleses para tentarem idealizar uma reforma sanitária, começando por analisar os bairros de Londres com maior mortalidade por tifo. As conclusões revelaram uma realidade negra das habitações londrinas: “o quarto de um doente com febre, num pequeno apartamento de Londres, sem circulação de ar fresco, é perfeitamente análogo a um charco estagnado na Etiópia cheio de gafanhotos mortos” (Southwood Smith, 1838). Impressionado pelos resultados, Chadwick alarga o estudo a toda a população inglesa (*Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*, 1842), estudando a prevalência da doença e pobreza em mapas, estatísticas vitais e descrições de infra-estruturas públicas e privadas.

O estudo declarou que as más condições sócio-demográficas eram os grandes responsáveis pela doença e esperanças médias de vida muito baixas (a esperança média de vida de um trabalhador fabril era dezasseis anos). A pobreza não podia ser evitada, mas a pobreza, devida a doenças preveníveis, era. Chadwick tinha sido convertido para uma “ideia sanitária”, isto é, ideais preventivos. Propôs a criação de novos sistemas de esgotos, de uma autoridade de saúde pública centralizada que pudesse dirigir os conselhos locais de saúde para a provisão de esgotos, pavimentação, água potável, remoção de resíduos urbanos e para a regulamentação sanitária das habitações, comércio, serviços e indústria. Todas estas sugestões tornaram-se realidade em 1848, com a proclamação do primeiro Acto de Saúde Pública Inglês. Em 1853 (apenas cinco anos depois) cento e três cidades inglesas tinham o Acto perfeitamente implementado [9].

Em 1875 o Acto foi revisto e cada distrito sanitário de Inglaterra e Gales deveria ter um centro médico de saúde. O papel do médico enquanto autoridade de saúde estava estabelecido e o Governo estava empenhado em resolver as questões relacionadas com a saúde [9].

Saúde à força

O impulso governamental para controlar as epidemias nas grandes cidades levou a que, muitas vezes, medidas compulsivas fossem usadas, contrariando o ideal de individualismo bem enraizado na sociedade [7].

Quando a vacina da varíola de Jenner foi aceite, houve grandes pressões para uma vacinação compulsiva de toda a população, pois indivíduos não vacinados poderiam dar origem a novos surtos. Uma resposta seguiu-se de imediato por parte de grupos anti-vacinação. Várias associações e jornais foram fundados e alguns conseguiram mesmo que as suas exigências fossem avante (em 1909, o governo inglês recuou na sua lei de vacinação compulsiva devido a pressões exercidas pela The London Society for the Abolition of Compulsory Vaccination) [7].

Outras medidas coercivas encontraram grandes resistências. As doenças infecciosas criavam situações delicadas em que se tinha que avaliar os direitos individuais contra o bem colectivo. Em Inglaterra, internamentos compulsivos podiam ser impostos a pessoas que tivessem alguma das doenças de declaração obrigatória (primeiro país em que tal sistema se implementou).

Um grande grupo de doenças atraía a atenção política nesta fase – as doenças sexualmente transmissíveis. O policiamento da sexualidade tornou-se comum, desde legislação relativa à idade mínima para se considerar um acto sexual consentido, à prostituição, à homossexualidade e até ao aborto. Chegaram-se a fazer exames compulsivos pré-maritais para assegurar que nenhum dos cônjuges teria doenças venéreas. Em França, apenas os bordéis licenciados

podiam oferecer serviços sexuais e as prostitutas eram incentivadas a realizar exames médicos de rotina [5].

Em Inglaterra, a elevada taxa de infecção por doenças sexualmente transmissíveis no exército, que poderia pôr em causa o poder militar do país, levou a revisões constitucionais em 1864, 1866 e 1869. O primeiro Acto de Doenças Contagiosas estabeleceu que, mulheres suspeitas da prática de prostituição em zonas próximas de portos ou quartéis militares, podiam ser compulsivamente avaliadas por um médico. Se estivessem infectadas, deveriam ser internadas e tratadas compulsivamente por um período até três meses. Actos seguintes alargaram a legislação a qualquer mulher suspeita da prática de prostituição (o que muitas vezes não era verdade e conduzia a internamentos compulsivos devido a subdiagnósticos). Esta expansão dos poderes do Estado para a saúde das populações não demorou a criar organizações que se opunham a tais leis e estas acabaram por ser removidas em nome da liberdade individual [1].

A tuberculose era, também, uma grande preocupação dos legisladores de saúde pública. A criação do primeiro sanatório no ano de 1876 nas montanhas de Taunus, Frankfurt, abriu caminho para um movimento a nível mundial em que se acreditava que estas infra-estruturas seriam a resposta para “o maior assassino do século”. O problema estava na desigualdade social, pois o internamento em sanatórios era muito caro e os pobres continuavam a morrer aos milhares, abandonados à sua sorte nas metrópoles.

Após Robert Koch provar que o bacilo da tuberculose era transmissível pelo ar, tomaram-se medidas para diminuir a sua propagação nas cidades. Foram

criadas campanhas para acabar com o acto de cuspir em locais públicos (1890) e na mesma altura havia uma exigência, por parte das pessoas, para o encarceramento compulsivo das pessoas contagiosas. Foram criados sanatórios para as classes sociais desprotegidas, mas estes mais pareciam prisões que locais desenhados para uma melhoria da saúde, com actividades ironicamente classificadas como “saudáveis”, mas que roçavam o conceito de punitivas [11].

Mesmo com estas medidas, no final da primeira grande guerra, em França, uma em cada seis mortes continuava a dever-se à tuberculose. Em 1917, a fundação Rockefeller financiou uma intervenção de saúde pública nas grandes cidades para acabar com este flagelo. A campanha consistia num sistema de dispensários para detectar novos casos, assistência social às famílias das vítimas, desinfecções de zonas endémicas e informação pública sobre a redução do risco de propagação da doença. Também houve a construção de sanatórios para isolar os pacientes e ajudá-los a curarem-se. Apesar destas medidas, a tuberculose continuava sem ser uma doença de notificação obrigatória, o que tornava o acompanhamento dos casos muito difícil [1,2].

Em Inglaterra, por sua vez, em 1910 já haviam sido criados quarenta e um sanatórios públicos, a sua maioria ao abrigo da Lei dos Pobres. Estes funcionavam com um certo grau de coerção, com restrições ao estilo de vida (fumar e consumir bebidas alcoólicas estavam proibidos), foram criados passes para se poder sair do sanatório que eram apenas entregues a pessoas que se consideravam não infecciosas e havia uma disciplina apertada no interior do edifício.

O ar puro e a luz solar eram fundamentais para o tratamento, sendo as janelas mantidas sempre abertas e as camas encontravam-se nas varandas, mesmo no Inverno e quando nevava. Também havia a crença que o trabalho criava reacções metabólicas que potenciavam a cura e, conseqüentemente, os doentes eram forçados a cortar lenha, construir passeios, plantar árvores e a realizar qualquer actividade que necessitasse de esforço físico. Os pacientes também saíam fortalecidos mentalmente e poderiam tornar-se membros mais úteis da sociedade aquando da sua alta. No entanto, três quartos dos doentes que entravam no sanatório estavam mortos cinco anos depois. Nominalmente preventivos e curativos, os sanatórios desta época eram, na realidade, locais de morte onde doentes infecciosos eram retidos para evitar o contágio de familiares e colegas de trabalho. Eram estruturas de segregação que protegiam a sociedade dos “degenerados”. Os críticos destas medidas alegavam que o dinheiro gasto nos sanatórios e na sua manutenção, deveria ser usado em melhorar as habitações, a nutrição e a segurança interna [8].

No entanto, o medo da tuberculose começou a criar um movimento de eugenia que incluía não só os tuberculosos mas qualquer pessoa que apresentasse doenças ou pudesse ser portador destas: alcoólicos, sífilíticos, paralíticos, portadores de deficiência física, todos deveriam ser afastados para evitar a contaminação da sociedade.

O balanço

Qual foi o verdadeiro impacto da industrialização? Os trabalhadores melhoraram as suas condições de vida? Ficaram mais saudáveis? Viveram mais tempo? E qual foi a contribuição da saúde pública para esta evolução?

A resposta a estas perguntas é difícil pois as estatísticas disponíveis da época têm muitos defeitos e incorrecções. No entanto, sabe-se que a esperança média de vida não ultrapassava os quarenta anos para a população em geral e em fotografias de 1830, de operários fabris, vêem-se pessoas envelhecidas, resultado da má nutrição, da doença, das más condições sócio-económicas e do trabalho excessivo [1].

Todavia, as estatísticas indicam que a saúde das populações estava a melhorar por volta de 1900, com aumentos populacionais e da esperança média de vida. Esta evolução deve-se ao efeito que as medidas de saúde pública tiveram no controlo das epidemias e endemias que provocavam picos de mortalidade. Melhorar a nutrição aumentava as defesas contra a tuberculose e as diarreias infantis e a varíola foi controlada através de programas nacionais de vacinação. Apesar de não haver responsabilidade directa dos médicos, a medicina foi a força impulsionadora de tais mudanças, mudando atitudes através da educação pública, criando registos e estudos epidemiológicos, sugerindo a criação de filtros de água e de sistemas de saneamento – a medicina social [5].

O século XIX trouxe uma maior proximidade entre a medicina e o público. Virchow não foi o único a visualizar o médico como salvador da humanidade. Lyon Plaiffar, professor da Universidade de Dublin, disse, em 1870, que a

sociedade acabaria por se tornar um paciente compreensivo e colaborador e a saúde pública seria o local de eleição para o médico de vanguarda. O século XX iria provar que estas visões eram, no mínimo, ambíguas.

Medicina, Estado e Sociedade

A Medicina era, tradicionalmente, uma profissão atomizada, uma entropia de transacções médico-doente. Os médicos eram patrões de si mesmos, com muito poucos apoios (um apotecário que dispensava os fármacos prescritos aos doentes e cirurgiões que pouco mais faziam que suturas e amputações). A relação médico-doente era pessoal e iniciava-se quando o doente chamava o médico a sua casa. Acreditava-se que o toque pessoal e a relação cara-a-cara eram essenciais para a cura [1,2,3].

O Dr. Thomas Percival apresentou, em 1803, no seu livro "*Medical Ethics*" uma imagem da classe médica fragmentada, dividida, em que tensões e rivalidades pessoais ameaçavam a boa prática e as boas relações entre colegas. Actualmente, as diferenças da prática médica para a do século XIX são profundas. A medicina tornou-se um negócio corporativo gigante, ao mesmo nível do de qualquer multinacional. A medicina tornou-se extremamente cara, reclamando para si a maior fatia do produto interno bruto dos países, mais do que qualquer outro sector. Críticos afirmam que estes gastos estão fora de controlo e que beneficiam mais o ganho dos provedores de saúde que as necessidades dos doentes/consumidores [4].

Esta transição da medicina privada exercida por um médico para negócios corporativos é, em parte, devido aos avanços científicos dos séculos XIX e XX. Um médico de uma zona rural do século XIX conseguia reunir todos os instrumentos de que necessitava, para exercer o seu ofício, numa mala de pele. Mas já neste século, os grandes investigadores (o exemplo de Robert Koch, que teve um laboratório com o seu nome para trabalhar) exigiam cada vez mais infra-estruturas, dinheiro e equipamento para poderem levar avante

os seus estudos. A medicina actual é praticada, pelo menos a medicina de vanguarda, em instituições desenhadas para o efeito, com infra-estruturas complexas, burocracias e diversos tipo de financiamento (público, privado, doações, fundos internacionais, etc.). A medicina ortodoxa é impensável sem centros de pesquisa e hospitais de formação com a sua miríade de técnicos, enfermeiros, auxiliares, gestores, contabilistas, engenheiros e muitos outros. Há um esforço para tornar a prática médica controlada e previsível através da tecnologia [1].

No passado, os nomes ressonantes da medicina eram os médicos das cortes reais e que possuíam cargos governamentais. Na actualidade, estas personalidades individuais foram substituídas por conglomerados hospitalares de vários milhares de milhões de dólares, organizações de saúde mundiais e companhias farmacêuticas [13].

As políticas da carreira médica também estão rodeadas de controvérsia. Providenciando um serviço que salva vidas, a medicina sempre exigiu uma autonomia para decidir os seus próprios caminhos. Mas essa também é a exigência de instituições dependentes do mercado para prevalecerem e do próprio estado, pois este financia instituições que não controla mas que quer controlar.

Quanto mais a medicina se tornava científica e efectiva, mais o público acreditava na beneficência da prática médica. Nas sociedades de mercado ocidentais impulsionadas pelo consumo, a medicina é vista como uma comodidade com procura crescente. Os próprios políticos vêm agora na

medicina uma forma de apelar a todo o eleitorado, pois a saúde é uma preocupação de toda a população [5].

Desde o século XIX que a influência do Estado na Medicina se tem vindo a tornar mais evidente, mas até 1900 as suas actividades eram ad hoc, isto é, orientadas para problemas específicos que iam surgindo. A medicina era vista como um mal necessário e não a verdadeira função do Estado ou como forma de conquistar o eleitorado. Tudo isto mudaria no século XX. Neste século tornou-se claro que para o funcionamento correcto de uma economia de consumidor e produtor, as pessoas teriam que ser tão saudáveis quanto literatas, habilitadas e cumpridoras da lei. E em países em que os doentes também eram eleitores, a saúde tornou-se um grande argumento para campanhas vitoriosas.

A saúde também teve o seu lado negativo ao entrar em guerras propagandísticas após o pânico que o Darwinismo lançou sobre o declínio da raça. Estes argumentos foram usados na Itália fascista, na Alemanha nazi e na URSS comunista que glorificavam os ideais de saúde, poder e alegria, regozijando-se em terem trabalhadores robustos e mães fecundas e eliminando aqueles que consideravam *patogéneos* sociais e que punham o bem-estar nacional em questão [1].

A medicina tornou-se o factor central na tríade sociedade-estado-saúde: se a medicina não fosse nacionalizada, as populações estavam condenadas a serem doentes e disfuncionais [2].

Havia também a consciência que a medicina tradicional teria que mudar. Não se poderia compreender a totalidade dos factos através da dissecação de

cadáveres apenas e as curas não passavam por simples sedativos, seringas ou curativos. Porquê esperar pela doença para actuar? A prevenção era melhor que a prescrição de medicamentos e permitiria perceber o que provocava a doença, através da epidemiologia, da estatística e da sociologia e, conseqüentemente, elaborar políticas de saúde que criassem melhoras reais na saúde das pessoas. Numa sociedade democrática e racional, a medicina deveria assumir uma presença universal e positiva, responder a todas as necessidades patológicas das populações e corrigi-las através de medidas a longo prazo. As acções ad hoc teriam que acabar e teriam que ser substituídas por medidas preventivas. Estas medidas foram abraçadas em larga escala pela Europa pós-guerra [16].

Outra chamada para a mudança da medicina foi a alteração do paradigma da doença. A doença infecciosa fora vencida pela melhoria dos padrões de vida, do saneamento e pelos programas de vacinação. No seu lugar surgiram as doenças crónicas, típicas de uma população com uma esperança média de vida alargada – artrite e artrose, enfartes, AVCs, anemia, depressão e muitas outras dominavam a agenda médica. Para lidar com este novo paradigma os modelos ontológico e bacteriológico não eram suficientes. Era necessário criar modelos fisiológicos e psicológicos que conseguissem explicar estes novos fenómenos. Também era necessário voltar a relacionar ordenados, educação, dieta, classe social e condições habitacionais – toda a economia psico-social - com estes novos inimigos [6].

Várias abordagens foram propostas. Uma baseava-se em aconselhamento e educação para a saúde – ajudar os cidadãos a ajustar a sua realidade sócio-económica instruindo-os em higiene, nutrição e ciência doméstica. Outras

acções foram tomadas, tais como refeições gratuitas nas escolas, centros de planeamento familiar e melhores cuidados pré e pós-natais. Os conceitos de igualdade e justiça sociais estavam, pela primeira vez, a penetrar nos governos – os ricos não poderiam ter acesso a melhores cuidados que os pobres com base no facto de poderem pagar mais. Autores como Kurt Goldstein e René Dubos defenderam que sem modelos holísticos e mantendo os modelos mecanicistas, a medicina nunca deixaria de ser palição em vez de produtora de verdadeira saúde (*Mirage of Health*, René Dubos, 1959).

Todas as vertentes políticas desenvolveram políticas de saúde à sua maneira. Desde o socialismo, que baseava as suas intervenções em defender os desfavorecidos das malefícios da doença, até aos governos fascistas, sob o argumento que a nação tinha que se defender de tendências patogénicas na sociedade. O modelo da relação médico-doente privada e sagrada de Hipócrates estava a desaparecer [5].

A medicina do século início do século XX estava a mudar, com uma visão expansionista e de socialização do acesso aos cuidados médicos. Com o sucesso da cirurgia Listeriana, da bacteriologia Pausteriana e de todos os outros avanços conseguidos durante o século XIX, a crença que o céu era o limite estava presente em todas as mentes. Num mundo devastado pela guerra, violência, guerras entre classes e depressão económica, a medicina assumia-se como a verdadeira força do bem. As vantagens eram claras. As desvantagens apenas surgiriam mais tarde.

A medicina e o estado

Pela primeira vez, os médicos foram confrontados com um dualismo – eram parte do sistema governamental, mas tinham que manter a sua visão específica de cuidado do doente. Por exemplo, um médico de um sistema prisional estava associado a uma instituição punitiva mas o seu dever era assegurar a boa saúde dos presos. [3]. Também, com as indemnizações de doenças relacionadas com o trabalho, havia um dualismo – patrão contra o trabalhador/doente. Era função do médico avaliar se a doença tinha sido causada pelo exercício da profissão ou por uma diátese constitucional inerente? O médico tornara-se no juiz da sociedade [13].

Outra tensão surgiu relativa aos pagamentos por cuidados médicos. Os custos associados à doença, com a introdução de novas tecnologias, excediam a capacidade de pagamento da maioria da população e foram desenhados sistemas para auxiliar esse pagamento. Os primeiros foram associações de trabalhadores que davam parte do seu rendimento mensal para que todos pudessem ter acesso a cuidados médicos, nas instituições a que o dinheiro era entregue. Estas instituições, por sua vez, contratavam directamente os médicos. No entanto, este sistema teve pouco sucesso pois os médicos temiam que ao tornarem-se empregados dos seus doentes perderiam a sua autonomia clínica e seriam alvo de exigências por parte destes que não iam de acordo com as crenças da profissão.

Entretanto, os avanços médicos, sobretudo a nível da cirurgia, puseram em perspectiva a criação de hospitais privados com fins lucrativos. Os hospitais

públicos estavam a tornar-se centros de elevado prestígio diagnóstico e cirúrgico, atraindo todas as classes sociais, incluindo os mais ricos [12].

Mas esta situação não era atraente para todos. Com a classe política a desenhar novos métodos de seguros de saúde e a pressionar a classe médica para a criação de uma medicina estatal, aumentando o número de hospitais municipais, creches, clínicas de doenças venéreas, apenas para citar alguns exemplos, os médicos privados sentiram-se excluídos, temendo que a medicina pública acabasse por se sobrepor à sua prática, comprometendo seriamente os seus meios de subsistência. No início, os médicos defenderam-se usando as suas associações como corporações para a defesa dos seus interesses pessoais, chegando ao ponto em que a British Medical Association ameaçou os seus membros de boicotar a sua actividade clínica se estes aceitassem acordos com sociedades não aprovadas pela associação [12].

Com a criação do Seguro Nacional por Lloyd George em 1911, aberto a qualquer pessoa com um rendimento mensal inferior a 150£, com o custo de 4pences mensais, os trabalhadores teriam direito a cuidados médicos nos consultórios aderentes. Tal situação foi repudiada pelos médicos, recusando-se estes a tornarem-se parte de um sistema burocrático criado pelo estado. O seu estatuto seria reduzido ao de meros funcionários públicos. No entanto, os que arriscaram aderir ao programa viram que uma associação com o estado era garantia de rendimentos e os salários destes médicos até aumentaram. A oposição foi silenciada e rapidamente o programa foi aceite pela classe médica privada, assegurando um bom relacionamento entre os doentes e os seus médicos de família. O médico de família também ganhou uma posição de relevo pois, ao contrário dos médicos hospitalares, estava sempre presente.

Não havia domingos e feriados nem sequer horas incômodas para estes homens e mulheres “nunca tínhamos fins-de-semana a não ser que fosse previamente combinado e por razões especiais. Isto significava que trabalhávamos seis dias e meio por semana e estávamos de serviço todas as noites” (Kenneth Lane, 1929). Este género de dedicação era comum entre os médicos de família [12].

Os sistemas de saúde pública tinham uma preocupação central – a importância de planear o futuro. Mães saudáveis têm bebés saudáveis, portanto, saúde materno-infantil seria uma aposta ganha. A partir de 1880 foram criados armazéns de leite (que, infelizmente, só era testado para tuberculose), instituíram-se programas de cuidados pré-natais, foram criadas clínicas de cuidados infantis, sobretudo em bairros pobres, onde os bebés eram inspeccionados, pesados, alimentados, vacinados e onde eram distribuídos, gratuitamente, suplementos vitamínicos. As mulheres eram incentivadas a amamentar as crianças ou a usar leite artificial, mais higiénico que o distribuído nos armazéns. Este acabaria por ter um impacto negativo pois a ciência era vista como o caminho correcto a seguir e, rapidamente, os leites artificiais substituíram a amamentação materna [15].

Em França, a ênfase dos cuidados materno-infantis recaiu sobre políticas pró-natalidade. Depois da guerra Franco-Prussiana, a população francesa estava em declínio, levando o governo a encorajar a existência de famílias numerosas. Esta política teve forte resistência por parte dos eugenistas, defendendo que famílias numerosas apenas aumentariam o número de patogéneos sociais e que qualidade era melhor que quantidade. Também houve críticos que

acusaram o governo de apenas promover esta medida para engrossar as fileiras do exército. A Primeira Guerra Mundial deu-lhes razão [2, 15].

A Primeira Guerra Mundial foi palco de esforços dos governos e da Cruz Vermelha para criarem e construírem organizações médicas com proporções nunca imagináveis em tempo de paz. Milhares de edifícios tornaram-se hospitais, a enfermagem tornou-se uma profissão chave no palco de guerra e os médicos, habituados a trabalharem sozinhos no seu consultório, viram as vantagens de trabalharem num sistema organizado, coordenado e em que tinham acesso imediato a especialistas, cirurgiões, enfermeiros e assistentes, situação que não era possível na sua prática tradicional.

A Primeira Guerra Mundial apenas veio afirmar uma ideia que se tinha vindo a instalar na mente da sociedade – a saúde era uma preocupação nacional.

Foi Lord Bertrand Dawson que, em 1919, levou a saúde pública a novos voos. Defendo que “os melhores meios para manter a saúde e combater a doença devem estar disponíveis para todos os cidadãos por direito e não por favor”, Dawson recomendou uma racionalização organizada pelo estado dos cuidados médicos, com base em hospitais distritais e centros de saúde primária. A medicina social iria ter o seu maior progresso no período entre as duas guerras mundiais, sobretudo nos países com orientações políticas socialistas, que prezavam a ciência, procurando criar a verdadeira medicina social incorporando estatísticas, ciências sociais e prevenção nos habituais cuidados médicos. Segundo John Ryle, professor de medicina social em Oxford, o objecto central da medicina social deveria ser o homem e a sua relação com o

ambiente (económico, nutricional, ocupacional, educacional e psicológico, isto é, uma visão holística) [1].

A crescente influência das mulheres na política mundial também se reflectiu em mudanças na medicina, com incentivos para a criação de maternidades, melhores cuidados pré-natais e puerperais e criação de creches.

A medicina social não teve tanto impacto na Alemanha Nazi. Após se tornar chanceler em 1933, Hitler antagonizou todas as raças, excepto a ariana, sob o argumento da inferioridade destas. A medicina alemã concordou com a sua visão de “raças inferiores”. O Holocausto teve o apoio ideológico de médicos e cientistas, sobretudo para ganho pessoal. Os médicos participaram activamente nas actividades do governo nazi, tal como esterilizar os que eram considerados geneticamente inferiores, sendo da responsabilidade do médico avaliar a população e identificar tais pessoas. Antes da guerra, em 1939, já quatrocentas mil pessoas haviam sido mortas através de “eutanasia” por privação alimentar. Para garantir o bom funcionamento dos campos de concentração, era da exclusiva responsabilidade dos médicos a supervisão dos prisioneiros e a selecção dos que seriam gaseados.

Outro processo de selecção incluía a escolha de prisioneiros para a realização de experiências em seres humanos. Josef Mengele, o médico principal de Auschwitz, realizou verdadeiras atrocidades, algumas sem qualquer fundamento científico, apenas pelo puro prazer de torturar e matar.

A reacção internacional no período pós-guerra foi repudiar tais acções e criou-se um movimento para o desenvolvimento de uma ética internacional da prática médica – criou-se o código de Nuremberga, referente à experimentação em

seres humanos, com dez pontos que deviam reger a investigação científica em todo o mundo.

No entanto, as guerras são, paradoxalmente, alturas em que a medicina prospera. Palcos de guerra são oportunidades singulares para a profissão médica desenvolver técnicas e conhecimento. O sucesso retumbante do uso de antibióticos na Segunda Guerra Mundial aumentou a expectativa da capacidade da medicina para resolver todos os males. Na Grã-Bretanha, a Segunda Grande Guerra foi seguida de uma reforma de todo o sistema de saúde público. Sir William Beveridge criou, em 1942, o “*Beveridge Report on Social Insurance and Allied Services*” em que sugeria a criação de um novo serviço nacional de saúde acessível a todos de acordo com a necessidade, grátis, sem seguros ou quaisquer outros sistemas burocráticos não associados ao estado. Este sistema foi implementado em 1948. Aneurin Bevan, ministro da saúde da altura, nacionalizou todos os hospitais, considerados os baluartes da medicina, sob o controlo estatal. Apenas os hospitais universitários mantiveram alguma autonomia. Esta foi a maior acção administrativa de um governo ocidental sobre a saúde das populações. Com esta medida, Bevan conseguiu que o governo fosse o único responsável por 1143 hospitais voluntários com 90.000 camas e 1545 hospitais municipais com 390.000 camas. Graças à nacionalização, os médicos hospitalares podiam contar com melhores infra-estruturas e mantinham a sua independência, sendo até autorizados a praticar medicina privada nas instalações do seu hospital [16].

Todavia, esta nacionalização trouxe custos enormes para o estado, custos que não eram considerados até então. Após a criação do Serviço Nacional de Saúde, Beveridge calculou o seu custo em £170 milhões. Em 1951 o custo era

de £400 milhões e em 1961 de £761 milhões. No entanto, o sistema era eficiente e equitativo. A Medicina inserida no Sistema Nacional de Saúde era poderosa, popular e, nos padrões internacionais, excepcionalmente barata [16].

Enquanto os restantes países europeus recuperavam da guerra e entravam, em 1950, numa era de prosperidade, várias reformas, de sistemas médicos suportados pelo estado, estavam a ser criadas. A Suécia estabeleceu um sistema de seguros estatais em 1955; a República Federal da Alemanha usava fundos de doença que reembolsavam os médicos dos gastos que tinham para tratar a comunidade e em França eram os doentes que recebiam um reembolso do estado dos seus gastos com a saúde. À medida que a economia francesa recuperava, as fragilidades do seu sistema público de saúde tornaram-se embaraçosas e, para contrair esta tendência, foi criada a Lei de Debré, em 1965, que incentivava a uma cooperação entre a prática privada e a medicina pública, levando os médicos a tornarem-se investigadores e professores nas Universidades estatais. Novas instalações foram criadas, com laboratórios de investigação e o estado francês assumiu o controlo do desenvolvimento hospitalar, de forma a assegurar uma melhor distribuição de serviços e evitando a duplicação (serviços semelhantes a exercerem numa mesma área). Na República Federal da Alemanha foi criada, em 1972, uma lei que obrigava o estado a assumir a totalidade dos custos dos doentes dos hospitais públicos. A Medicina era cada vez mais o principal encargo dos governos da Europa Ocidental e o custo, com a introdução galopante de novas tecnologias, continuava a aumentar.

Tal subida de custos acarretou muitas críticas por parte do público. A partir de 1960, a medicina era acusada de ser um sistema defeituoso, com maior

proveito para os provedores do serviço do que para os seus utentes. Críticas foram tecidas contra a desumanização dos cuidados médicos nos grandes hospitais. Uma profissão, a médica, controlar o monopólio dos cuidados de saúde, era um assunto sensível para o grande público, que dessa forma se sentia impotente de decidir sobre o seu corpo. Acidentes com fármacos, como o incidente com a talidomida, minavam a crença que a medicina seria a ciência que iria vencer a morte. A desconfiança para com a profissão médica estava instalada [1,5].

O criticismo radical erodia a confiança pública e levava a maior procura de medicinas alternativas. Mas conseguiu produzir algumas reformas estruturais. Em 1980 e 1990, as críticas ao aumento exponencial dos custos da medicina, devido à insaciável exigência médica de mais e mais tecnologia de ponta, levou a medidas para reduzi-los, sendo essa uma prioridade da maioria dos governos europeus [20].

Nesta atmosfera de controlo de custos, a autonomia profissional também foi ameaçada pelo liberalismo económico, que questionava os serviços fornecidos pelo estado, o monopólio profissional e exigia que deveriam ser os mecanismos de mercado livre a controlar a medicina em nome da eficiência e competitividade. Enoch Powell, ministro da saúde inglês no final da década da 80, tentou instalar estes princípios no Sistema Nacional de Saúde, mas concluiu-se que os mecanismos de mercado tinham custos administrativos superiores e conduziam a desigualdades sociais. Em 1997 a lei foi revogada.

Conclusões

Durante o século XX a medicina tornou-se parte integrante do aparato político e social das sociedades industrializadas. As desigualdades de acesso a serviços de saúde entre ricos e pobres do século XIX não desapareceram [16].

Em Inglaterra, o Relatório Negro, publicado em 1980 nas “*Inequalities in Health*”, demonstrou que os ricos continuavam a viver mais que os pobres e com muito mais qualidade de vida. Em 1971, a taxa de mortalidade para a classe V (trabalhadores sem qualificações) era quase o dobro da classe I (trabalhadores profissionais) [16].

Embora a injeção de dinheiro público fosse cada vez maior, não havia provas que esse fosse o caminho a seguir para acabar com as desigualdades. Aliás, a solução para acabar com essa diferença é desconhecida.

A Medicina e as pessoas

A medicina moderna tornou-se sinónimo de infra-estruturas complexas e monstruosas, universidades e organizações profissionais, companhias farmacêuticas multi-nacionais, companhias de seguros, centros de pesquisa e lobbies, departamentos governamentais, agências internacionais e financiamento corporativo. Está associada à economia, a administrações centrais e locais, ao direito, aos serviços sociais e aos media. A medicina tornou-se a impulsionadora não só da ciência e da cura mas do próprio futuro da humanidade. Com a cirurgia de transplantes instalada e a clonagem humana possibilitada, a biomedicina moderna está a modificar as nossas noções do que é o ser humano [19].

Claro que os doentes não escaparam à nova panóplia de conceitos médicos. Dependendo da abordagem do observador, os pacientes surgem como exigências, custos e benefícios, eleitores, clientes, portadores de direitos ou licitadores, a pneumonia da cama 15, plasma congelado num banco de dadores, corpos doentes ou material de estudo, pontos num gráfico ou número comprimidos num software informático [19].

O “homem doente” foi reduzido, no século XIX, a “paciente”, um corpo patológico com lesões escondidas. Este processo continuou a evoluir, reduzindo o paciente a um factor de uma equação em que entra economia, sociologia, tecnologia diagnóstica, análise de sistemas e muitos outros factores.

Durante os séculos XIX e XX a medicina tornou-se complexa e heterogénea. Alguns sociologistas médicos descrevem-na como monopolizada e dominada

pela classe médica, outros evidenciam a sua diversidade, pluralismo e populismo. Alguns acusam os médicos da sua arrogância por terem os poderes da vida e da morte. Outros vêem-nos como peões de um negócio dominado pelos media, o mercado, as massas e, sobretudo, o dinheiro.

Para os seus defensores, a medicina moderna, com os seus antibióticos e a cirurgia minimamente invasiva, permitiu ao mundo industrializado escapar à morte, viver mais e ter mais qualidade de vida.

A medicina pode ser o cavaleiro de armadura brilhante ou apenas mais uma doença aos olhos dos críticos, aquilo que Shaw intitulava de “O dilema do médico é a própria Humanidade”.

O paciente, o médico e a cabeceira da cama

A ideia de um médico amigável e familiar, que realmente se importava com as pessoas e não só com a doença, assumiu um papel preponderante naquilo que se considerava boa prática médica – medicina caracterizada não por uma saúde perfeita mas uma relação clínica satisfatória [1,5].

A relação médico-doente começou a ser ameaçada pela evolução galopante da ciência. Sendo incapaz de concorrer com a medicina hospitalar, a figura paternal do médico de família teve que se adaptar a um novo paradigma de prática médica. Como poderia ele usar os recursos da ciência de forma tão eficaz quanto um hospital? Mas se não a prescrevesse, seria ultrapassado por ele. Era uma faca de dois gumes. A ameaça que podia extingui-los e torná-los obsoletos era exactamente a mesma arma que tinham que usar para evitar que tal acontecesse.

Os próprios pacientes estavam divididos. Exigiam ciência pois esta tornou-se associada a melhor diagnóstico e tratamento. Mas a ciência desmistifica, desumaniza, descaracteriza, cria distanciamento e torna o acto médico mecânico. Acusavam os médicos de os verem como estômagos ulcerosos, anemias, pneumonias ou como qualquer outra doença que tivessem.

O paciente burguês do século XIX chamaria o médico da sua escolha e este deslocar-se-ia a sua casa e a sua relação era cara-a-cara, onde cortesia e boas maneiras faziam a diferença. Os pacientes queixavam-se de médicos bruscos e rudes, enquanto os médicos se queixavam de doentes hipocondríacos que os faziam perder tempo em que podiam acudir pessoas em real necessidade. Cínicos e críticos sugeriam que os médicos inventavam doenças nesses doentes hipocondríacos, sobretudo no sexo feminino, de forma a manterem uma fonte de rendimento constante.

O diálogo solene à cabeceira da cama dos burgueses tinha as suas particularidades – um olhar grave, uma presença autoritária mas benigna, a arte de nunca sair sem um prognóstico favorável – que eram muito apreciadas. Toda esta interacção social escondia o facto que ainda era a doença que ditava o resultado da situação e pouco ou nada podiam estes médicos fazer.

Durante todo o século XIX e parte do século XX os pacientes eram afectados por uma miríade de infecções, normalmente letais para qualquer idade e escalão social. Vivendo entre todas estas infecções e febres, o médico clássico tinha como opções terapêuticas a conservadora (descanso, tónicos, cuidados contínuos e esperança) e a heróica, normalmente baseada em purgas. Normalmente o médico decidia não de acordo com a doença mas de acordo

com o tipo de paciente. Doentes tradicionalistas acreditavam em flebotomias, purgas, estimulação do vômito e outras formas de expelirem os maus humores, ainda enraizados nas crenças populares [3].

Embora as purgas e as flebotomias começassem a perder popularidade, não havia, de facto, nada que se assumisse como muito melhor. A farmacopeia era um quadro em branco. Tinha-se mercúrio para a sífilis, digitálicos para fortalecer o coração, nitrato para dilatar as coronárias na angina, quinina para a malária, colchicina para a gota e pouco mais. Não havia cura para as infecções, para a diabetes, para a artrite, para a asma ou para os enfartes coronários. Os médicos estavam perante um dilema, sobretudo porque os doentes se começaram a automedicar com mezinhas e produtos vendidos por charlatães, na procura de melhores resultados. Demasiados medicamentos inúteis, poucas curas eficazes, pacientes opiniosos, médicos inseguros e uma ignorância geral criaram uma situação em que as pessoas não esperavam grandes resultados da medicina e aceitavam a morte naturalmente [18].

Embora a capacidade de cura evoluísse lentamente, os médicos de família conseguiram consolidar a sua posição desenvolvendo outras habilidades. As técnicas diagnósticas foram transformadas, graças a novas formas de visualizar os doentes. À cabeceira da cama, o estetoscópio, o oftalmoscópio e o laringoscópio inseriram novos rituais ao diagnóstico. A sua real utilidade era discutível. O diagnóstico era mais preciso mas a cura mantinha-se inexistente.

Com uma exploração corporal que se queria cada vez mais profunda, o pudor e bons costumes não tardaram a tentar impedir o acesso ao corpo dos doentes por parte dos médicos. A profissão médica refugiou-se no protocolo “não existe

indecência nem sacrifício do respeito próprio e pelo outro em qualquer situação em que o acto médico seja realizado com delicadeza e com a determinação dignificada, consciente e honesta de se chegar à verdade e ao diagnóstico” afirmou J. Marion Sims. Aliás, em meados do século XIX era considerado bom médico aquele que atingia os melhores diagnósticos e que não prometia curas inexistentes.

No século XX os médicos adquiriram ainda mais meios auxiliares para o seu diagnóstico. Termómetros mediam a temperatura corporal e tornaram possível a análise de padrões febris de certas doenças, o esfigmomanómetro permitia aferir a condição da circulação sanguínea, análises químicas permitiam estudar fluidos corporais, o microscópio permitia visualizar bactérias e contar as células sanguíneas. O respeito pela classe médica foi renovado por esta nova abordagem científica aos doentes, dando a ideia que havia a certeza do que se fazia e os médicos eram de confiança [1,4].

Mas os críticos desta mecanização da medicina não tardaram a surgir, mesmo dentro da própria profissão. Sir James McKenzie afirmou no seu “The Future of Medicine” (1918) que “a prática laboratorial torna o homem incapaz de ser médico”.

O niilismo terapêutico, sobretudo dentro da própria classe científica, mantinha-se nesta nova medicina do diagnóstico científico. O caminho para a cura continuava a ser a vis medicatrix naturae. Os estudantes de Oxford tinham um livro de bolso chamado “*Useful Drugs*”, mas não era usado em nenhuma altura durante o curso ou nunca viam um médico a consultá-lo durante uma consulta. Mas dizer a uma mãe que o seu filho iria morrer de diarreia febril não era

conveniente nem apropriado para os médicos de família. Placebos e fármacos duvidosos continuavam a ser empregues [4].

Uma resposta a este nihilismo terapêutico foi o movimento “doente enquanto pessoa”, uma doutrina influente no início do século XX. Esta defendia que o apoio psicológico do médico tinha poderes curativos. O médico tinha que ser treinado a encarar o doente como uma pessoa e não como uma doença. William Osler ensinou que “um bom médico trata a doença, mas um excelente médico trata o doente”. Um dos seus discípulos, George Canby Robinson, escreveu em 1939, seu “*The Patient as a Person*”, em que afirmou que “os doentes deviam ser vistos em todas as suas vertentes”. A visão holística do ser humano, conceito hipocrático na sua raiz, tinha defensores, mas não conseguiu sobrepor-se aos avanços galopantes da ciência.

Os padrões de doença também mudaram. Em parte, graças a melhores condições de vida, melhor nutrição, maior protecção ambiental e, por outro lado, por melhoria das terapêuticas, sobretudo da introdução das sulfas nos anos 30. As infecções estavam a desaparecer da Europa industrializada e estavam a ser substituídas pelo cancro do pulmão, a doença coronária, a diabetes, os AVCs e as doenças degenerativas crónicas. A idade da doença aguda afastava-se perante a chegada da idade da doença crónica. E apesar das doenças fatais comuns estarem a desaparecer, a população parecia sentir-se pior que antes. O número de queixas quase que triplicou de 1928 a 1981. Indivíduos mais saudáveis provavelmente estavam a tornar-se mais sensíveis relativamente aos seus sintomas e mais inclinados a procurarem ajuda profissional que os seus ascendentes, pois agora podiam exigir mais da profissão médica. O síndrome “estar melhor, sentir-se pior” emergiu [18].

A era pós Segunda Guerra Mundial foi marcada pela capacidade de triunfar sobre as infecções e de aliviar o sofrimento. Todavia, apesar dos médicos se terem tornado mais poderosos em termos terapêuticos, em larga medida deixaram de dar aos doentes aquilo que pretendiam. A relação médico-doente foi-se tornando cada vez mais secundária nesta profissão que via a demonstração de humanismo desnecessária para a terapêutica.

A medicalização e o descontentamento associado

Nas décadas recentes, mais e mais críticos levantavam a sua voz contra o sistema médico. Um dos mais famosos é o ex-padre austríaco Ivan Illich, que defende que “o estabelecimento médico tornou-se uma ameaça para a saúde”. Falando de iatrogenese, Illich expôs muitas facetas da medicina actual como sendo contra-produtivas: fármacos tornavam-nos doentes com os seus efeitos secundários, hospitais eram centros de infecção, a cirurgia estava sujeita a erros, análises clínicas levavam a sub e superdiagnósticos e podiam criar doenças durante a sua realização [18].

Críticos, seguindo os moldes traçados por Ivan Illich, viam a medicina como estando fora de controlo. Era controlada pela ambição profissional e pressões financeiras de corporações em vez de procurar o bem dos doentes. Também se afirmava que muitos procedimentos realizados não traziam quaisquer benefícios para os pacientes, servindo apenas para satisfazer médicos e tecnocratas. Embora os fármacos estejam sujeitos a estudos duplo cego randomizados, tal situação não se verifica para procedimentos cirúrgicos ou técnicas diagnósticas. O sistema de pagamento por serviço também estimulava financeiramente os médicos a realizarem procedimentos desnecessários. O

medo de processos legais também leva os médicos a realizarem mais do que é necessário para garantirem o seu diagnóstico.

O descontentamento também está patente nos pacientes. A procura de medicinas alternativas disparou a partir de 1970 e em 1981 estima-se que houve treze milhões de visitas a consultórios de práticas alternativas. O que é mais surpreendente, é que a medicina tradicional começa a recorrer a estas práticas alternativas – dois em cada cinco médicos de família ingleses refere os seus doentes para terapeutas alternativos. Esta mudança de atitude dos doentes, de todos os escalões sociais, éticos e económicos, demonstra que medicina tradicional deixou de convencer o público com os seus ideais – que é a melhor solução para tratarem os seus males [1,18].

A medicina ocidental tem, em parte, culpa nesta descrença, visto que não conseguiu dar ao público aquilo que prometeu. Ainda não existem tratamentos satisfatórios para uma panóplia de patologias. Mas há outros predicados que provocam tal situação: uma mudança de atitude da sociedade ocidental, derivada da sua política de mercado livre, a redução da passividade dos doentes perante o médico e o seu desejo de poderem intervir directamente no seu processo terapêutico. Os valores ocidentais do capitalismo - influência, educação, lazer, cultura, para referir apenas alguns – levaram a um exacerbamento do individualismo e da escolha activa e livre. A assertividade demonstrada pelos “novos” doentes poderá ser uma resposta à desumanização e burocratização da medicina.

Inicialmente, a medicina reagiu a este movimento de forma autoritária e negativa, alertando para os riscos de questionar a sabedoria médica e preferir

medicinas alternativas. Aliás, as associações médicas ameaçaram punir médicos que se associassem a essas formas alternativas de cuidados de saúde.

Em 1990, as associações viram-se forçadas a ceder e concordaram com a recomendação médica de métodos alternativos. Muitos médicos de família formaram-se em acupunctura e homeoterapia exercendo, desde então, essas práticas nos seus consultórios [16].

Em França, as medicinas alternativas tornaram-se tão comuns que em 1997 foram criadas cinco universidades de cuidados de saúde alternativos. O seu objectivo principal é provar cientificamente a utilidade das suas práticas e tentar integrá-las nas práticas médicas habituais.

Agitados por maior protecção ao consumidor e por um aumento dos seus direitos, os doentes abandonaram o seu papel de “criança” que aceita os tratamentos de um médico paternalista. O consentimento informado tornou-se rotineiro na prática médica, assim como conhecimento dos direitos e deveres dos doentes.

Estas novas tensões na relação médico-doente são, de muitas maneiras, as principais responsáveis pela medicalização da sociedade – uma maior panóplia de explicações médicas, opiniões, serviços e intervenções; a infiltração da medicina em todas as esferas da vida, desde a gravidez até aos consumos abusivos de substâncias, em linha com uma filosofia que assumia que quanto mais medicina, melhor. As atitudes actuais complexas e confusas, para com a medicina, são as respostas a um século de evolução das terapêuticas e da sociedade medicalizada [1].

Os pontos de entrada para esta medicalização social são bem conhecidos. Um deles foi a família, com as mães e os bebês como alvos. Em séculos anteriores, as mães tinham toda a responsabilidade nos partos e na saúde e educação das crianças. Os médicos tradicionais não gostavam de tratar crianças porque estas eram difíceis de lidar e o trabalho pouco remunerativo. As mulheres e as crianças até foram excluídas dos primeiros sistemas de seguros nacionais. Tudo muda no século XX. Centros de cuidados materno-infantis foram instituídos, um pouco por toda a parte, clínicas pré-natais davam formação sobre como ser melhor mãe e as mães eram encorajadas a terem os seus partos no hospital e não em casa. O hospital era uma excelente base para instruir as mães a terem atitudes saudáveis relativamente aos seus bebês, aquilo que viria a ser chamado de “maternidade científica”.

O hospital moderno ganhou reputação de ser seguro graças à sua assepsia, de providenciar a possibilidade das mães descansarem após o parto, de dar resposta rápida a emergências e a situações inesperadas. Com a instituição dos métodos contraceptivos, a segurança do bebê era também muito importante para a opinião pública, pois nascendo menos crianças, a sobrevivência de cada uma delas tornava-se mais importante.

A intervenção médica abrangeu todos os ramos da vida humana. As urgências dos hospitais tornaram-se o recurso normal para pessoas em risco de saúde. Máquina de monitorização, ventiladores, cirurgia, capacidade de realizar transfusões sanguíneas e toda a outra tecnologia associada a unidades de cuidados intensivos, mudaram o hospital de local onde se ia morrer para o sítio onde doentes terminais podiam ser, milagrosamente, salvos da morte. A morte tornou-se um tabu, uma falha no sistema [18].

Desta forma e de muitas outras, a medicina prometia serviços que prolongariam e melhorariam a qualidade da vida, desde o berço até à cova. A cirurgia cosmética até seria capaz de recuperar deformações ou embelezar as pessoas. A medicina dava aos infertéis a possibilidade de terem filhos. Nada era impossível [1,4].

Tais crenças, que resumem o conceito de medicalização da vida, enraizaram-se graças ao benefício que os médicos prometiam das suas intervenções. Até 1970, os doentes encaravam o pessoal médico como sendo benigno, como se estes servissem um objectivo superior, para lá da conquista e ganho pessoais. A medicina era um recurso com procura sempre crescente – maior, mais justo, mais rápido, mais igualdade eram as exigências do dia.

As pessoas estavam, finalmente, sensibilizadas a colaborar de forma activa com a medicina para melhorarem as suas vidas. A campanha contra a poliomielite foi um exemplo para a posteridade. Roosevelt, presidente dos Estados Unidos da América, de 1933 a 1945, criou a Fundação Nacional para a Paralisia Infantil que permitiu injectar milhões de dólares em pesquisa contra a poliomielite. Esse dinheiro não vinha do estado, mas sim das doações das pessoas, finalmente alertadas para a importância da pesquisa médica de forma a fornecer-lhes mais e melhor saúde. As doações anuais ascenderam aos \$25milhões. Em 1955, Albert Sabin anunciava que a vacina estava pronta para ser usada em seres humanos. A sociedade, com a ajuda da medicina, tinha vencido a poliomielite. Esta situação de união repetiu-se para muitas outras patologias, do cancro da mama à fibrose cística. Estes movimentos ajudaram a explicar outro fenómeno do século XX: o sucesso das campanhas de saúde quando as pessoas são activamente envolvidas.

Mas enquanto estas actividades juntavam médicos e sociedade contra inimigos comuns, a medicina continuava a ser criticada.

Em 1960, os críticos levantaram a sua voz contra a despersonalização da morte nos hospitais. A morte dentro da instituição era vista como um fracasso. O hospital moderno dedicava-se a salvar vidas, não a gerir a morte. A medicina começou então a desenvolver técnicas para prolongar a vida, independentemente das consequências.

Na tentativa de arranjar alternativas a esta visão da morte, dois grandes nomes sobressaem – o da psiquiatra suíça Elisabeth Kubler-Ross, autora do livro “*On Death and Dying*” (1969) que tentou ultrapassar os tabus sociais sugerindo uma discussão aberta da problemática da morte e numa vertente prática, a médica inglesa Cicely Saunders que propôs, em 1967, a criação de hospícios, onde os doentes pudessem ter uma morte tranquila através da administração de morfina, que tornaria a morte numa experiência positiva, sem o medo da dor associado [17]. Um movimento recente, o da eutanásia voluntária, tenta mudar estes paradigmas de encarar a morte, dividindo a classe médica e o público em geral. A medicina actual consegue prolongar a vida de pessoas de forma artificial, mas a questão do que é realmente viver levanta questões morais que ainda não encontraram resposta. No entanto, uma coisa é certa – a repugnância geral para com a crueldade que é prolongar a vida sem um objectivo concreto de cura ou recuperação [17].

Todas estas ocorrências demonstram que a medicalização da vida não pode ser percebida, como advogam os críticos, como uma birra dos médicos para se auto promoverem. O que aconteceu não foi uma conspiração médica para

conseguir infiltrar sectores da sociedade que estavam, tradicionalmente, fora da sua área de intervenção. As questões do raio de acção da medicina levantam questões dentro da própria profissão, sobretudo a nível de questões de vida e morte, integridade e poder. Muitas vezes o doente torna-se a arma de arremesso destas discussões, levando a um maior descrédito da medicina aos olhos do público (*Whose Life is it Anyway*, Brian Clark, 1978).

Conclusão

O passado, o presente e o futuro

No início do século XXI, novos horizontes são visíveis mas também novos desafios e problemas. Os habitantes de países industrializados vivem mais, mas vidas mais longas significam também mais tempo para desenvolver doenças e um maior esforço e mais recursos têm que ser investidos para manter a saúde. Numa sociedade cada vez mais alertada para a beleza, manter a aparência física também vai obrigar a consumir mais dinheiro e energia [1].

Vivemos numa era de ciência, mas a ciência não eliminou as fantasias sobre a saúde. Nos séculos passados as histórias eram sobre a lepra, a peste e a tuberculose que criavam estigmas, terror e culpa. Nos tempos que correm, o cancro e a SIDA dominam a opinião pública com os mesmos preconceitos.

Apesar de todos os avanços, a doença continua a matar e a medicina observa impotente o desenrolar dos acontecimentos. O vírus ébola, o vírus de Marburg, o vírus HIV, a Doença de Creutzfeldt-Jakob são provas de que o nosso conhecimento crescente não é a resposta a todos os problemas da humanidade. A visão do “comprimido mágico” para todas as doenças é um sintoma de uma ciência demasiado focada no laboratório, como se alguma vez o mundo fosse tão controlável quanto um laboratório.

Tentando avaliar o balanço da evolução histórica da medicina, é difícil tirar conclusões.

Até aos últimos cento e cinquenta anos, o papel da medicina na saúde das populações era mínimo, apesar de todos os esforços. A realidade actual é outra, mas de formas imprevisíveis. O papel da medicina na evolução humana com base Darwinista não é certo. Mas podemos prever que não será tão preponderante quanto a economia, a política ou as doenças.

A posição actual da medicina é alvo de significativa contestação. Nunca conseguiu tanto mas também nunca atraiu tanta desconfiança. Os avanços científicos dos últimos cinquenta anos salvaram mais vidas que todos os avanços em toda a restante história da medicina. Em 1940 a penicilina estava a ser testada em ratos. Em 1950 salvou milhões de vidas da infecção. A clorpromazina, desenvolvida na década de 50, permitiu controlar as doenças mentais. Os corticóides permitiram-nos compreender e controlar o sistema imunitário. Imunossuppressores tornaram a magia dos transplantes uma realidade. Em 1967, com a introdução dos bypass e transplantes cardíacos, a cirurgia parecia não conhecer limites.

Os microscópios electrónicos, endoscópios, cirurgia minimamente invasiva, TC e PETTs, ressonância magnética, laser, ultrassom, testes genéticos são resultado de investimentos massivos por parte dos estados. Na Europa, a maioria dos países investe dez por cento do seu produto interno bruto na saúde [1].

Mas enquanto a medicina se expande para além dos limites da imaginação, a euforia da era da penicilina transformou-se em ansiedade. É mais provável que os cabeçalhos dos jornais actuais reportem o medo de uma nova epidemia de cólera na América do Sul ou a possibilidade de clonagem de seres humanos. A

atmosfera vivida é a de uma conquista oca. Alguns fármacos tornam-se em desastres, as doenças iatrogénicas não param de aumentar, a pesquisa em doenças como o cancro, a doença de Alzheimer, a esquizofrenia, a diabetes avança lentamente. Em países ricos, os pobres continuam sem acesso a cuidados médicos com a qualidade dos mais favorecidos, nos países do Terceiro Mundo a malária continua a matar e a difteria e a tuberculose voltam a ameaçar o mundo ocidental. Por fim, a pandemia do HIV veio destruir a crença ingénua que a doença infecciosa estava vencida [18].

Estas falhas são difíceis de avaliar. A culpa, ou parte da culpa, pode ser atribuída aos médicos ou aos políticos ou a ambos? Independentemente desta questão, parece claro que medicina está mergulhada numa crise de valores, resultado do preço do progresso e das expectativas exageradas.

Durante muitos séculos, a medicina representou um poder e um prestígio duvidosos. Poucos recursos para fazer face às doenças e absolutamente nada perante a morte. Nos dias que correm, a medicina, com o seu crescimento assombroso, alcandorou-se a um lugar de poder inquestionável. Mas tornou-se também permeável à avaliação de classes profissionais externas. O sociólogo Talcott Parsons definiu o papel do doente em 1952, reduzindo o acto médico a um ritual social [19].

O sucesso da medicina é o seu calcanhar de Aquiles. Após vencer tantas doenças e aliviar o sofrimento, o seu mandato tornou-se obscuro. Para onde ir? Quando parar? É a sua função manter as pessoas vivas o máximo de tempo possível, independentemente das consequências? É sua obrigação fazer com que as pessoas tenham vidas mais longas e mais saudáveis? Ou é apenas

mais uma indústria dedicada a dar aos seus clientes o que eles desejam, seja beleza eterna ou uma gravidez pós-menopausa [1]?

Muitas destas questões podem ser resolvidas usando o senso comum, boa vontade e comissões de ética competentes. Mas a nível mundial, quem pode decidir qual o caminho que a medicina deve seguir?

É irónica verificar que a sociedade ocidental exige mais medicina quanto mais saudável está. Aliás, o acesso máximo a cuidados médicos é um direito que as pessoas exigem ter. Muitos ficam maravilhados pelos testes laboratoriais, tantas vezes de utilidade dúbia. Graças às novas técnicas diagnósticas, cada vez mais síndromes são descobertos. Cuidados extensivos e caros são exigidos e o médico que optar por não tratar, corre o risco de ser acusado de negligência e ignorância. As intervenções são directamente proporcionais à ansiedade [18].

A raiz do problema é estrutural. É endémico de um sistema em que a expansão do sistema médico, com a maior saúde da população, levou a que se medicalizassem eventos fisiológicos, se convertessem riscos em doenças e se tratassem queixas triviais com procedimentos de ponta. Médicos e doentes estão presos numa fantasia em que toda a gente tem alguma coisa e em que tudo é tratável.

O consumismo médico – como todas as formas de consumismo – está desenhado para não satisfazer as necessidades. A extensão da vida é possível, mas pode ser uma vida exposta a mais doença, mais sofrimento e mais problemas sociais e políticos. E se a medicina se transformar numa forma de aumentar vidas que não são vividas, o seu futuro será decerto negro.

Mas a melhor hora da medicina pode ser também o amanhecer dos seus problemas. Durante muitos séculos a medicina foi impotente mas não era problemática. Dos gregos até à Primeira Guerra Mundial, as suas funções eram simples. Hoje, tendo controlado muitas doenças, antes mortais, aprimorado o parto e dominado a dor, desígnio magnânimo, os seus triunfos dissolvem-se na sua desorientação. A medicina levou a expectativas inflacionadas, que o público rapidamente aceitou como verdades. Mas à medida que as expectativas sobem, mais inatingíveis se tornam. A medicina tem pois um árduo trabalho à sua frente: estabelecer os seus limites e redefinir os seus objectivos [1].

Bibliografia

[1] Porter, R. (1999). The Greatest Benefit to Mankind.

- [2] Piñero, J. M. L. (2002). La Medicina en la Historia.
- [3] Piñero, J. M. L. (1975). Historia de la Medicina.
- [4] Tubiana, P. M. (1995). História da Medicina e do Pensamento Médico.
- [5] Riera, J. (1985). Historia, Medicina y Sociedad.
- [6] Gaillard, J.-P. (1994). O Médico do Futuro.
- [7] Berridge, V. (2008). "History Matters? History's Role in Health Policy Making." *Medical History* 52(3): 311-326.
- [8] Zylverman, P. (2004). "Making Food Safety an Issue: Internationalized Food Politics and French Public Health from the 1870s to the Present." *Medical History* 48(1): 1-28.
- [9] Roberts, M. J. D. (2009). "The Politics of Professionalization: MPs, Medical Men and the 1858 Medical Act." *Medical History* 53(1): 37-56.
- [10] Davies, O. (1999). "Cunning-folk in the medical market-place during the nineteenth century." *Medical History* 43(1): 55-73.
- [11] Gradmann, C. (2001). "Robert Koch and the pressures of scientific research: tuberculosis and tuberculin." *Medical History* 45(1): 1-32.
- [12] Church, R. (2005). "The British Market for Medicine in the late Nineteenth Century." *Medical History* 49(3): 281-298.
- [13] Worboys, M. (2001). "British Medicine and its past at Queen Victoria's Jubilees and the 1900 Centennial." *Medical History* 45(4): 461-482.

- [14] Marks, H. M. (2006). "'Until the Sun of Science... the true Apollo of Medicine has risen": Collective Investigation in Britain and America, 1880-1910." *Medical History* 50(2): 147-166.
- [15] Marland, H. (2001). "Maternal Care." *Wellcome Witness Seminars* 12.
- [16] Quirke, V. and J.-P. Gaudillière (2008). "The Era of Biomedicine: Science, Medicine and Public Health in Britain and France after the Second World War." *Medical History* 52(4): 441-452.
- [17] Reynolds, L. A. and E. M. Tansey (2002). "Innovation in Pain Management." *Wellcome Witness Seminars* 21.
- [18] Illich, I. (1975). *Limites para a Medicina*.
- [19] Cockerham, W. C. (1998). *Medical Sociology*.
- [20] Berridge, V. and D. A. Christie (2004). "Public Health in the 1980s and 1990s: Decline and Rise?" *Wellcome Witness Seminars* 26.