

REFLEXÕES (IN)TEMPESTIVAS SOBRE QUALIDADE E ÉTICA MÉDICAS (OU PEDAÇOS DE NÓS REPARTIDOS EM QUALIDADE E ÉTICA MÉDICAS)*

JOSÉ DE FARIA COSTA

Professor Catedrático da FDUC/Professor Catedrático da FDULP

Doutor em Direito

I. Introdução

Se nos fosse permitido começar por perguntar sobre a razão de ser das reflexões seguintes, teríamos alguma dificuldade em justificar esta incursão pelo tema que dá título ao nosso arrazoar. E de imediato não faltariam vozes que, com razão, se lembrariam do célebre dito de Apeles: “não suba o sapateiro além da chinela”. Vale por dizer: o que alguém ligado ao direito, à filosofia do direito e à ética poderia ajuizar a respeito de qualidade e ética médicas? Vamos, pois, ver se, por aquilo que venhamos a disreterar reflectidamente, podemos entrar no claustro restrito daqueles que, muito embora não sendo médicos, ajuízam criticamente o pensamento médico com o cuidado e a sensibilidade de um extremoso médico. É a isso que nos propomos.

Porém, antes de entrarmos propriamente no fundo da questão convém levar a cabo mais uma brevíssima consideração introdutória. O tema que nos foi proposto constitui o horizonte crítico e narrativo da medicina. Ora, se isso faz todo o sentido quando nos movemos no estrito campo da actuação médica já as coisas se tornam menos fáceis no momento em que se introduz a complexidade da valoração ética. Por certo. O que implica, por paradoxal que pareça, que se introduza, no discurso que iremos desenvolver, uma outra variável para tornar tudo mais límpido e fluido, levando-se, deste jeito, em linha de conta, que nem sempre a adição significa aumento da complexidade ou confusão. Que se introduza o elemento particularmente relevante das *políticas públicas*. Assim, em verdadeiro rigor, tudo aquilo que iremos dizer far-se-á em redor de três eixos, pilares ou segmentos problemáticos mas intrinsecamente

* O presente texto será também publicado no livro em homenagem a António Barbosa de Melo.

ligados, a saber: *políticas públicas*, *qualidade* e *ética*. Muito embora, evidentemente, tudo seja pensado e valorado no grande horizonte crítico da ciência e do pensamento médicos. Chegados aqui é tempo, mais que tempo, de começar a analisar e a valorar, em todas as suas dimensões, a questão que nos convoca.

II. Uma questão de escolha

Sabemos bem — mesmo o cidadão mais desatento o sabe — que as nossas vidas se movem em duas esferas ou espaços que a modernidade consagrou. A *esfera pública* e a não menos importante *esfera privada*. É assim que está construído o nosso mundo — a que alguns teimam em chamar pós-moderno ou tardo-moderno mas que, em rigor, deveria antes ser visto como pertencente a uma 2ª Modernidade —, não obstante, como ninguém desconhece, nem sempre tenha sido assim — pense-se, por exemplo, a total confusão que existia entre dimensão pública e dimensão privada na Idade Média, podendo mesmo dizer-se que em tal época eram conceitos ou categorias absolutamente desconhecidos — e, por certo, não será deste jeito dentro de uma ou duas centúrias, para continuarmos a ser crentes na bondade deste modelo civilizacional. Ora, os espaços da nossa privacidade e do nosso modo-de-ser colectivo desenvolvem-se e sustentam-se em narrativas muito diferenciadas a que acrescem também diversas legitimidades. O que é particularmente interessante é que as narrativas que se desenvolvem a partir daqueles dois mundos são, elas próprias, integradas nesses mundos e sempre que retornamos a eles as narrativas anteriores já são sua parte integrante e indissolúvel. Criando-se, desse jeito, uma adição nem sempre perceptível e muito menos clarificadora para quem quiser ler só a superfície das coisas. Tudo se complica. E não pode ser de outra maneira. É tarefa daqueles que pensam o já pensado tentar introduzir racionalidade à realidade. Por certo. Mas sempre com a consciência de que esse eventual momento de clareza racional é já também, de igual modo, o primeiro momento de obscuridade que deve ser clarificado. Para darmos conta do que se acaba de ponderar em linha gerais, vejamos um só exemplo.

Todos queremos uma forte e densa protecção para a nossa privacidade e muito particularmente para a nossa intimidade mas nem sempre nos lembramos de que a prossecução de um tal desiderato conflitua, não poucas vezes, com interesses ou valores colectivos dos quais também não queremos abrir mão e que, em muitas circunstâncias, devem até ser vistos como pressupostos daquilo que individualmente e até

egoisticamente queremos para nós. É o velho jogo — altamente flutuante — do consequente equilíbrio entre o individualismo ressequido ou extremo e o não menos radical e estiolante valor da colectividade. Queremos câmaras com vídeo-gravação em tudo quanto é sítio, esconso ou menos esconso, mas depois queremos que a nossa privacidade continue a ser preservada. Egoisticamente queremos a violação da privacidade para os outros, logo a segurança, e para nós a defesa da sacrossanta intimidade. Ora, aqui como em tudo na vida *tertium non datur*. Há que fazer escolhas. Escolhas que têm ou podem ter relevo público. Acontece que, cada época histórica e cada sistema político resolve ou soluciona esta questão essencial de modo diferente. E para o fazer de um modo consequente e historicamente legítimo lança mão de um precioso instrumento. Lança mão do instrumento teórico vulgarmente designado por *políticas públicas*.

E se o Estado moderno introduziu na pauta das suas tarefas primordiais aquilo que à míngua de melhor expressão podemos apelidar de políticas públicas do bem-estar — v. g. segurança social, com as suas quase infinitas variáveis de desdobramento que vão desde protecção à infância e à velhice até à ideia de pensão de reforma; educação tendencialmente gratuita em todos os graus de ensino; cuidados de saúde também eles tendencialmente gratuitos — é também indubitável que qualquer Estado, que não seja um Estado fracassado, tem que assumir, sem reboço, políticas públicas de auto-realização e de afirmação da própria ideia de Estado (v. g. segurança interna e externa; forças armadas, justiça e representação internacional). Ora, como bem sabemos (oh! se sabemos), o dinheiro não dá para tudo. O dinheiro é, para utilizarmos conceitos de cariz mais técnico, um bem que na maioria dos contextos económicos se apresenta, pelo lado da oferta, como de elasticidade dolorosamente reduzida. Em resumo: o dinheiro é um bem escasso. É um bem caro. Por vezes muito caro. De sorte que o exercício das políticas públicas mais não é do que um justo equilíbrio da alocação do dinheiro às diferentes necessidades que o poder político, qualquer poder político, vai definindo como prioritárias. O controlo dessas prioridades em democracia faz-se tendencialmente de uma maneira transparente e sustentado no voto popular, enquanto nos Estados autoritários ou concentracionários inexistente ou é tão só aparente. Todavia, independentemente de estarmos em regimes democráticos ou autoritários, isto é, em todas as situações políticas concebíveis ou já concretizadas, tudo arranca de escolhas que determinam alocação de dinheiros públicos dentro, obviamente, dos diferentes contextos históricos.

Não tenhamos ilusões. Quando nos lançámos nos Descobrimentos todo o capital do reino, a que acresceu a dívida contraída, foi aplicado nesse projecto ou desígnio nacional. Outras coisas ficaram por fazer. Quando D. Dinis fundou a Universidade ou D. João III lhe deu novo impulso e a estabilizou em Coimbra, outras coisas ficaram por fazer. Quando, com o Marquês de Pombal, depois do terramoto e do maremoto se reconstruiu Lisboa, outras coisas ficaram por fazer. Quando, na 1^a Guerra Mundial, se formou o corpo expedicionário português que caminhou para a Flandres, outras coisas ficaram por fazer. É esta a lógica inerente à natureza das coisas. E todos o percebem. E quando todos percebem, os problemas inexistem. Então, onde está o problema? Ele reside na bondade das escolhas e na legitimidade dessas mesmas escolhas. É isto que se discute, que se questiona e que constitui o âmago das escolhas políticas públicas.

Se bem que a doutrina política possa, em alguns dos seus segmentos ou através de alguns dos seus cultores (em que tem lugar de destaque, por exemplo, Niccolò Machiavelli com o seu celeberrimo *Il principe*), defender que as escolhas políticas têm pouco a ver com a mundividência axiológica e com uma matriz ética, o certo é que, em nosso modo de compreender e de valorar este complexo universo, as determinações éticas mostram-se insusceptíveis de serem arredadas do juízo das escolhas. Por outras palavras ainda: mesmo a mais descarnada e fria opção política abaixo de um certo limite ou acima de um certo patamar assume a valoração ética como um dado, uma constante que não pode ser abandonada. Imaginemos que se diminuíssem tão drasticamente os cuidados primários da saúde que os índices de projecção da morte, daí resultante, subiam para patamares insustentáveis. Mais. E que isso se fazia para potenciar o ensino, de modo a que as próximas gerações futuras sustentassem uma sociedade desenvolvida e promissora. Por outras palavras: havia um sacrifício intolerável da geração ou gerações presentes para beneficiar as gerações futuras. Isto poderia ser politicamente admissível ou factível mas seria, a todas as luzes, eticamente insustentável. Logo, há limites éticos para as escolhas atinentes às políticas públicas. Para qualquer política pública e necessariamente também para uma política pública da saúde.

Uma derradeira reflexão ainda dentro deste campo problemático. Todos sabemos que o desenvolvimento das sociedades, e estamos a falar dentro do modelo ou dos modelos das chamadas sociedades ocidentais, assenta na ideia de que a prossecução de uma política pública deve começar pelo parâmetro da quantidade e só depois se deve chegar ao segmento da qualidade. Primeiro é preciso alargar as finalidades

inerentes à política pública em causa de modo a atingir o maior número possível de beneficiários. É bom que se distribua na rede pública água de alta qualidade. Por certo. Todavia, quando no princípio do século passado se começou a querer distribuir água, minimamente salubre, por meio de uma rede pública, o grande objectivo seria o de aumentar quantitativamente essa mesma rede pública até que se atingisse todo e qualquer cidadão nacional. Bem sabemos o que isso custou e não temos por seguro que a capilaridade nacional da rede de distribuição de água possa assumir, hoje, a qualificação de universal. Só a partir de um certo patamar de quantificação é que a política pode assumir a ideia de que já não basta distribuir água a todos, é ainda necessário que esse mesmo bem tenha qualidade. Daí que, como já se percebeu, o binómio quantidade/qualidade seja um instrumento particularmente precioso na análise valorativa que nos convoca e apela.

Com este pano de fundo e ainda dentro deste horizonte de reflexão crítica já é para nós mais claro e nítido que o jogo axiológico sobre a qualidade médica é particularmente complexo e convoca uma pluralidade de afeiçoamentos (e não só) de natureza ética.

III. Os dois grandes modelos éticos e o parâmetro de qualidade do acto médico

Chegados aqui é tempo de aprofundarmos um pouco as nossas reflexões no campo da determinação ética. Assim, sem nos querermos alongar minimamente neste domínio mas também sem querermos ultra-simplificar, é bom afirmar que o pensamento ético se exprime, hoje, por meio de duas linhas essenciais: a chamada ética da intenção e a designada ética da responsabilidade. Como se sabe, a força interpelativa do *ethos* com que as actuais sociedades são vistas e valoradas exige, por sobre tudo no campo da esfera pública, uma ética da responsabilidade. Agimos como seres morais no território normativo do nosso modo-de-ser colectivo interrogando-nos e interrogando as consequências das nossas acções e não o sentido espiritual das nossas intenções.

Deste jeito e a esta luz, à luz de uma ética da responsabilidade, não tem sentido potenciar ou querer uma valência ou especialidade médica ultra-sofisticada se, por exemplo, os cuidados primários de saúde, em medida intolerável, estão ainda longe de assumirem um carácter tendencialmente universal. Nesta valoração não entra só a for-

ça quantitativa dos números (os que necessitam de cuidados primários de saúde são infinitamente mais do que aqueles que vão beneficiar da valência ultra-sofisticada) mas joga também, e de que maneira, uma racionalidade qualitativa. Uma política pública de saúde que privilegiasse um quadro de ultra-sofisticação em certas especialidades médicas em detrimento de uma base sustentada de cuidados primários de saúde seria valorada, aos olhos de todos e de modo muito particular no juízo dos especialistas, como uma política pública irracional e como tal desqualificada no seu próprio âmago.

O que se acaba de valorar permite-nos dar um outro pequeno passo no sentido do desenvolvimento argumentativo que nos convoca. Na verdade, podemos e devemos perguntar sobre o sentido e a matriz do pensamento médico e da medicina enquanto um fazer de cuidado para com os outros. Por outras palavras e ainda talvez de maneira mais simples, mas nem por isso menos rigorosa: o que é e de que é feita a medicina? A uma pergunta simples, mandam as regras da argumentação leal e compreensível pelos membros da ágora, deve responder-se com uma resposta também ela simples. A medicina é e é feita por conhecimento (saber), *instrumenta* e fármacos. Mais: o equilíbrio entre estes três elementos matriciais constitui o ponto nevrálgico que aqui nos interpela. Sem dúvida. Mas aquilo que, neste contexto, nos preocupa não é a análise dos *instrumenta* nem dos fármacos. É, efectivamente, o conhecimento, o ter consciência daquilo que é relevante. Com efeito, é nesta noção de conhecimento que se alberga a própria categoria da qualidade que constitui, como sabemos, um dos travejamentos desta nossa reflexão. Na verdade, o conhecimento que, aqui, convocamos não se cinge ao puro e imediato conhecimento médico mas também ao conhecimento que resulta ou é causa da organização que é preciso ter para que o acto médico se afirme como um acto conseguido. Na verdade, quando sem mais se fala em conhecimento, em saber médico, de imediato nos salta ao espírito a ideia de que estamos irremediavelmente caídos no mais estrito saber escolar, científico, da ciência médica. Porém, nada de mais enganoso. O conhecimento que aqui se apela passa, indubitavelmente e sem remissa, por esse mesmo saber profundo e essencial da ciência médica mas aí se não confina. Vai mais além. Chama outras formas de conhecimento absolutamente necessárias ao actual exercício da medicina, levado a cabo com qualidade. Dediquemos alguns instantes a uma clarificação do que se acaba de desenhar argumentativamente.

O acto de cuidar do outro, que outra coisa não é mais do que o próprio acto médico, é hoje cada vez menos um acto individual (se bem que este sentido individual jamais possa ser esquecido) e mais (e de que maneira) uma cadeia de actos, praticados por várias pessoas e em vários momentos, que têm por finalidade única a cura do doente em sentido translativo, seja aquela entendida como recuperação da saúde, diminuição da dor, aumento da esperança de vida ou potenciação do bem-estar. Aprofundemos um pouco mais aquilo que queremos afirmar.

A qualidade, para que dúvidas não restem, não pode nem deve ser vista como uma categoria estritamente objectiva. Mas também é verdade que é na objectividade que ela ganha a sua maior densidade. E qual é um dos critérios preferenciais para se valorar a qualidade? Ou como ora se gosta de dizer: quais são os indicadores que podem ajudar a alcançar-se uma razoável noção de qualidade? Sem dúvida alguma aquele que o resultado nos dá. Pelos frutos se vê a árvore. Pelos resultados se vê a qualidade de um serviço médico, de um hospital. Pelos resultados nos descobrimos e assumimos como seres morais que vivem na *polis* que leva a cabo políticas públicas de saúde. E desta maneira ligamos dois pontos essenciais desta nossa reflexão. As políticas públicas da saúde querem atingir resultados positivos que promovam os actos médicos de modo a que estes se pautem por *standards* daquilo que mais conseguido se vai alcançando no complexo mundo da medicina. O pensamento ético que hoje nos obriga como seres morais enfeudados à *polis* é ele matricialmente dominado pela ideia forte de uma ética da responsabilidade, por uma ética das consequências. Deste modo, se vê, sem grandes dificuldades, que a qualidade e a ética médicas não são categorias estranhas ou contraditórias mas antes noções que se ligam, se entrelaçam e se cruzam, potenciando-se mutuamente.

Quando há pouco sublinhávamos o carácter objectivo da categoria da qualidade fizemo-lo com extremo cuidado e deixámos também claro que a subjectividade não lhe pode ser estranha. Vincamos, também neste momento, essa ideia nuclear. Na verdade, qualquer escolar de medicina aprende, logo nos primeiros anos de faculdade, que “não há doenças, há doentes”. Ora este mote — que é um pilar da própria ideia de medicina e um segmento estrutural do pensamento médico — mostra, a todas as luzes, que a valoração subjectiva do êxito do próprio acto médico é uma realidade que, em caso algum, pode ser esquecida. Mas também aqui há que valorar com peso, conta e medida e não deixar que a subjectividade esmague aquilo que a objectividade na sua crueza nos mostra. Imaginemos que Zebedeu foi operado, operação pesada, de

alto risco, com possibilidades de consequências colaterais, diagnosticadas de antemão, e que, não obstante tudo isso, o resultado foi um êxito, em termos objectivos, tendo ficado Zebedeu em uma situação praticamente idêntica àquela que tinha quando gozava de boa saúde. Ora, não obstante tudo isso, Zebedeu, porque não recuperou em absoluto, segundo o seu próprio parecer, a sua saúde anterior, sente subjectivamente que o acto médico a que foi submetido não foi levado a cabo com a qualidade devida. Neste caso, é indubitável e indesmentível que Zebedeu não tem razão. A sua valoração subjectiva é irrelevante e não deve ser tida em qualquer consideração. O juízo objectivo prevalece, aqui, em toda a linha e em todas as dimensões.

Ainda a este propósito uma derradeira consideração, de não somenos importância, que se prende com a ideia de que, aqui, mesmo a própria categoria da objectividade não pode deixar de ser valorada dentro do contexto sócio-existencial e organizacional em que o acto médico se realiza. Contextualização, por conseguinte. E o que é que isto quer significar? Aquilo que a razão prática na sua simplicidade nos diz. Vejamo-lo.

A valoração com que se qualifica um acto médico não pode deixar de ser olhada dentro do contexto hospitalar, isto é, dentro daquele preciso hospital e naquele também específico serviço médico, por um lado, e ainda e sempre dentro do horizonte crítico da medicina que, em geral, se desenvolve no país. Estamos, por conseguinte, no campo de uma valoração que encerra duas variáveis: a do concreto serviço em que o acto médico decorre e a outra que se prende com o exercício da medicina olhado no campo mais vasto do país em que é levado a cabo. Se quiséssemos, ora, retirar um princípio daquilo que se vem de ponderar poderíamos, sem esforço, afirmar que, neste campo, como em tantos outros da razão prática, se está mergulhado, como ponto de partida, o que não significa que se possa ir mais além, em duplo juízo de concretude. A tudo isto há ainda que acrescentar, sem concessões, que a realização de um acto médico, por maior que seja a qualidade com que é praticado, se traduz sempre em uma obrigação de meios e nunca em uma obrigação de fins, com a excepção dos actos médicos levados a cabo no domínio ou no universo da cirurgia estética.

Porém não nos deixemos iludir pela fluidez do discurso ou até pela veemência argumentativa. Sim, porque uma coisa é a crueza com que a questão que nos convoca pode ser tratada e outra bem diversa, mas nem por isso menos interessante, é aquela que encontra fundamento na experiência real de cada um de nós. Sim, bem sabemos que a vivência pessoal, justamente porque pessoal e única, dificilmente encaixa, sem

ruído ou atrito, com os parâmetros da tão propalada dimensão objectiva da qualidade. Pura e simplesmente isso não invalida que não possa ou até que não deva ser tida como elemento de enorme importância quando ajuizamos a qualidade do acto médico, *rectius*, a qualidade dos actos médicos. Na verdade, todos conhecemos a máxima kantiana: age sempre de maneira a que o teu comportamento possa ser elevado a regra universal. Neste sentido, os membros, todos os membros, da nobre profissão médica podem e devem assumir esta máxima kantiana devidamente adaptada na seguinte formulação: “*tu, médico, age sempre, no exercício da medicina, de modo a que o teu comportamento, circunstancialmente determinado, possa ser erigido a regra universal para todo e qualquer outro médico*”. E se isso acontecer não tenhamos a menor dúvida de que se está a exercer uma medicina de alta qualidade. De altíssima qualidade. E também por este lado das coisas vemos como a objectividade da qualidade pode ser fecundada pela força do juízo ético.

IV. A vivência da dor: a partilha ética como padrão de objectividade

Mas podemos ir mais além e mais fundo. Na verdade, se assumirmos uma *ética da partilha*, que mais não é do que uma ética da responsabilidade narrada pela força da crua relação existencial, a objectividade da qualidade do acto médico aparece-nos ainda mais densificada. Ensaieemos, pois, uma aproximação a este novo lugar de encontro.

A condição humana é, a todas as luzes, a de *homo dolens*. Isto significa, independentemente da compreensão onto-antropológica que lhe vai conexa e que, aqui e agora, nem sequer queremos aflorar, que qualquer um de nós já experienciou um acto médico. Qualquer um de nós já viveu a densidade, a força, o temor e o tremor de sentir como ser *dolens* o possível refrigério da vivência do acto médico. Podemos, pois, sem excepção partilhar a experiência, as experiências do vivido por mor do acto médico. Por outras palavras ainda: a ninguém é estranho a espessura ou clareza que se experiencia pelo acto médico.

Ora, se todos, em qualquer momento da nossa vida vivida passamos ou vamos passar pelo caminho estreito daquilo que representa o acto médico, não o acto médico como pura abstracção, mas o acto médico sofrido com suor, sangue e lágrimas, então, é absurdo não se retirar uma qualquer consequência de conjugação entre qualidade do acto médico e ética da partilha. É óbvio que, neste campo, estamos longe, muito lon-

ge, da densidade de uma qualquer máxima. Recebemos o acto. Somos, neste e só neste sentido, sujeitos do *facere* ou *omittere* que os actos médicos representam. Por isso, o que cada um de nós pode dizer no sentido de encontrar étimos de densificação do que é a qualidade médica reduz-se e expande-se à partilha ética da experiência vivida por meio do acto médico. A pessoalidade que aqui está indubitavelmente presente pode transmutar-se em índice ou indicador susceptível de nos ajudar a encontrar o cânone da objectividade para a qualidade do acto médico. E por que é que as coisas podem ser entendidas deste jeito? Não se deverá antes afirmar que a experiência subjectiva é, em toda a linha, refractária a qualquer objectividade? Como desentranhar objectividade daquilo que se mostra matricialmente subjectivo?

É bem verdade que as interrogações agora enunciadas apontam, sem apelo nem agravo, para uma rotunda impossibilidade de conjunção entre a densa experiência subjectiva e a fria condensação objectiva. É bem verdade, repete-se. Porém, as coisas mudam de figura se nos ativermos a um pormenor que neste contexto é, a todas as luzes, manifestamente um claro e enorme “pormenor”. E qual é ele? É o carácter universal que a experiência vivida do acto médico assume. Mais cedo ou mais tarde, repete-se, todos vivenciamos passivamente a experiência do acto médico. Porque somos seres “*dolentes*”, já o vimos. E isto dá um patamar, um horizonte, um segmento comum para poder, com ele e a partir dele, partilhar eticamente o sentido da qualidade daquilo que se viveu.

No entanto, ao raciocinarmos deste jeito, afastamo-nos, decisivamente, de uma qualquer ideia, hoje tão em voga, de que o que se vem de afirmar seja sequer um afloramento de uma partilha de afectos. Nada disso. Radicalmente nada disso. Quando há pouco falávamos de uma ética da partilha sublinhávamos o sentido de uma narrativa que afirma a objectividade dos valores como realidade susceptível de ser partilhada. Partilhar valores é uma coisa tão simples como partilhar o pão. A realidade a que chamamos pão (real verdadeiro) pode ser partilhada tal como a realidade a que chamamos qualidade (real construído) pode ser partilhada. A interiorização conceptual deste ponto é particularmente importante na economia argumentativa daquilo que entendemos por ética da partilha, porquanto é também a partir deste dado que podemos perceber de maneira mais firme e densa a fecundação recíproca entre dados estritamente quantitativos e a ética da responsabilidade.

A ética da partilha, nesta específica região normativa, convoca não estados de alma, não sentimentos, não sensibilidades, não sussurros de gostos, não inclinações ou

tendências afectivas, convoca sim uma precisa ideia do valor qualidade filtrado pela experiência vivida no e pelo acto médico. Não cremos nem julgamos que racionalmente seja possível erigir estados de alma, sussurros, sentimentos, sensibilidades, inclinações ou tendências afectivas a narrativas discursivas que entrem no rigor forte e denso de uma qualquer ética e muito particularmente de uma ética da responsabilidade. Mas se o que se vem de dizer se pode perceber ou explanar em um horizonte especulativo, mesmo que absolutamente dentro do campo da razão prática — e este lado, em caso algum queremos deixar de sublinhar — é importante mostrar, em reflexões de corte ou perfil mais prático, algumas desimplicações do *corpus* que, ora, nos preocupa.

V. Responsabilidade e confiança

Tendo em vista uma mais consequente ilustração do que se quer tornar imediatamente visível e compreensível quando se fala de uma ética da partilha neste preciso contexto, urge redesenhar normativamente alguns pontos que aparecem, mesmo em alguma literatura especializada, em tons difusos e pouco claros.

Na verdade, quando tratamos de uma ética da responsabilidade é normal chamar a debate ou trazer à colação o princípio da confiança. Por certo, coisa natural, dado o manifesto imbricamento entre aquelas duas realidades normativas. O problema não é, por conseguinte, esse. A questão está ou apresenta-se de jeito bem mais complexo. E para a dilucidar olhemos, pois, para estas duas asserções: “sou responsável, por isso confio” ou “confio, por isso sou responsável”. Na verdade, em nosso entender não é a confiança que sustenta a responsabilidade mas é esta que dá sentido à própria confiança.

Mais. Porque se considera que todos somos responsáveis, particularmente no domínio ético, é que se pode erigir a confiança como um ponto de referência da própria ideia de responsabilidade. É óbvio que quando se procura um médico temos um horizonte de confiança que envolve a relação entre o médico e o doente. Mas mais densa se mostra a noção de responsabilidade, porquanto o doente assume que todos os actos que o médico praticar, obviamente no exercício da medicina, serão julgados e tidos, quer pela comunidade em geral, quer pelo próprio médico, como actos responsáveis. Isto é: a responsabilidade não se mostra apenas como substância mas também e indesmentivelmente como qualificação.

Tudo isto ainda se mostra de um jeito bem mais expressivo se se puser o problema pela negativa. Com efeito, se perguntarmos se alguém confia em uma pessoa irresponsável imediatamente nos damos conta do primado irrecusável da responsabilidade sobre o segmento, por certo também importante na densificação do próprio horizonte da responsabilidade, da confiança. Nesta perspectiva, “eu” confio no sistema de saúde, “eu” confio nos actos médicos a que sou sujeito não por uma qualquer razão escondida ou misteriosa mas antes pela linearidade e clareza de que tais actos ou tal sistema se apresentam como responsáveis. Por outras palavras ainda e de um jeito talvez um pouco mais radical: o primeiro passo para se aferir a qualidade dos actos médicos, a qualidade do sistema de saúde é a de os considerar responsáveis.

É impossível haver qualidade sem a correspondente responsabilidade. Responsabilidade que se convoca mas que se não limita a uma ideia de responsabilidade jurídica. A responsabilidade que faz parte do horizonte das nossas preocupações é jurídica, é administrativa, é disciplinar e é, por sobre tudo, ética. Donde poder retirar-se sem dificuldade que se acaba de ponderar o seguinte axioma: sem responsabilidade não há qualidade. A responsabilidade é, por conseguinte, a condição *sine qua non* para que se atinja um patamar mínimo de qualidade mas está longe de encher o alfobre das condições suficientes. Linearmente: a responsabilidade não é condição suficiente para que haja qualidade mas é condição necessária.

VI. Conclusões

Chegados aqui mandam as boas regras da argumentação discursiva que nos preocupemos em tirar algumas conclusões de tudo aquilo que fomos discreteando. Tentemos, pois, arrumar o que foi dito através de tópicos conclusivos mas concatenados.

Em primeiro lugar, reforçar e sublinhar a traço grosso a ideia de que faz todo o sentido problematizar em um só nóculo a qualidade e a ética médicas. Depois trazer a terreiro que a noção de qualidade, quando esta se mostra indissociavelmente ligada ao exercício da medicina, se tem de a pensar no quadro mais vasto de uma qualquer política pública da saúde. Vale por dizer: mesmo que se defendesse um radical exercício da medicina estritamente privado (o que está muitíssimo afastado daquilo que defendemos como modelo de serviço público para a saúde, fique claro) isso seria irremediavelmente uma escolha de uma política pública de saúde. Por isso é absurdo, incon-

sequente e falso pensar-se que só estamos no domínio das políticas públicas de saúde quando o poder político escolhe políticas públicas (e não políticas privadas) para a saúde pública.

Frise-se, ademais, de modo a que não restem dúvidas, que a ética que inunda o nosso modo-de-ser individual e colectivo e dele em refacção reflexa recebe legitimidade e fecundação é a ética da responsabilidade. O se e o como do nosso comportamento afere-se, por sobre tudo, por uma lógica dos resultados. Não um qualquer resultado mas aquele resultado a que a comunidade já atribuiu valor e sentido. O que mostra a interpenetração reflexa que existe entre esse preciso resultado já prehe de valor e a conduta que a ética nos exigia, nos obrigava.

A qualidade médica tem uma dimensão indesmentivelmente objectiva e vários índices ou critérios podem ser escolhidos para valorar, com justiça, os diferentes graus de qualidade de um determinado serviço público de saúde ou um específico acto médico.

Porém, esta realidade, a realidade da dimensão objectiva da qualidade não pode esquecer um também ineliminável segmento subjectivo que perpassa a própria qualidade. Com efeito, e sobretudo no campo que temos vindo a analisar, se, arrancando de um pressuposto ético a todos os títulos de louvar, se ensina e defende que não há doenças mas há doentes, então, a qualidade, por mor até deste pilar, terá também de assumir uma vertente subjectiva. No entanto, neste ponto há que lutar contra a tentação de querer introduzir estados de alma, sentimentos ou inclinações no campo da valoração subjectiva.