

# **A Expropriação da Saúde**

*Introdução Clínica*

**Ivan Illich**

1º capítulo do livro *A Expropriação da Saúde*  
escrito em 1975

este texto pode ser baixado gratuitamente em  
[https://we.riseup.net/subta/illich\\_expropriacaosaude](https://we.riseup.net/subta/illich_expropriacaosaude)



## Eficácia Técnica do Ato Médico

As grandes doenças de que se sofre e de que se morre no mundo ocidental passaram por profundas mudanças. A peste e a poliomielite desapareceram. Uma única dose de medicamento conjura a pneumonia. O DDT suprime os vetores da malária. Cada pessoa está convicta de conhecer alguém que parece ter sobrevivido a uma doença ou a um acidente graças à intervenção da medicina. A indústria de cuidados médicos é um dos grandes setores econômicos, de mais rápida expansão. O aumento da produção de saúde é identificado com a desejada melhoria de qualidade de vida. Quase sem exceções, autores que fizeram recentemente projeções do futuro das sociedades industriais preveem redução de emprego nos setores primário e secundário e a inflação do terciário terapêutico, para em seguida interpretarem essa transferência como progresso social. O dispendioso ritual da medicina alimenta o mito de sua eficácia. Qualquer ataque à instituição médica suscita angústia. A promoção da saúde pela progressiva redução dos gastos da medicina e a

sensata desprofissionalização dos cuidados médicos ainda parecem ideia irresponsável ou bizarra. No entanto, a razão a impõe.

A empresa médica tornou-se um perigo maior para a saúde, contrariamente ao mito criado pelo seu ritual:

1. Sociedades providas de sistema médico muito caro são impotentes para aumentar a esperança de vida, salvo na fase perinatal;
2. O conjunto dos atos médicos é impotente para reduzir a morbidade global;
3. Atos médicos e programas de ação sanitária resultaram em fontes de nova doença: a iatrogênica. Enfermidade, impotência, angústia e doença provocadas pelo conjunto de cuidados profissionais constituem uma epidemia mais importante do que qualquer outra, e não obstante a menos reconhecida;
4. As medidas tomadas para neutralizar a iatrogênese continuarão a ter um efeito paradoxal: tornarão essa doença — medicamente

incurável — ainda mais insidiosa, enquanto o público tolerará que a profissão que a provoca esconda-a como infecção vergonhosa e se encarregue com exclusividade do seu controle.

Este primeiro capítulo destina-se aos não-médicos; convida-os a estudar esses quatro aspectos nefastos da empresa médica, orientando-os para a pesquisa do antídoto no plano político, econômico e moral.

Trata-se de convencer os médicos, mas antes de tudo os seus clientes, de que, acima de determinado nível de esforços, a soma de atos preventivos, diagnósticos e terapias que visam a doenças específicas de uma população, de um grupo de idade ou de indivíduos, reduz necessariamente o nível global de saúde da sociedade inteira ao reduzir o que constitui justamente a saúde de cada indivíduo: a sua autonomia pessoal.

Trata-se de suscitar num povo de consumidores de saúde a consciência de que apenas o leigo tem competência e poder necessários para reformular um sacerdócio sanitário que impõe uma medicina mórbida.

Trata-se de demonstrar que somente a ação política e jurídica pode deter essa calamidade pública contagiosa que é a invasão da medicina, quer se manifeste sob a forma de dependência pessoal quer apareça como medicalização da sociedade.

A cura da medicina é uma tarefa política e jurídica que se deve fundamentar na análise dos males sociológicos (2ª parte) e psicológicos produzidos pelos tratamentos profissionais. Este primeiro capítulo tem por objetivo apenas familiarizar o leitor com a avaliação técnica do ato médico e encorajá-lo a conquistar nesse campo uma competência que o seu médico, ainda que seja um grande medalhão, provavelmente não tem.

O que pretendo apresentar nele é um resumo sucinto de ideias, sugestões, hipóteses e explicações de uma literatura científica bem vasta, que abrange ciências sociais, história, biologia, demografia e medicina. É uma literatura heterogênea e de qualidade bastante desigual. Importa, porém, evidenciar a possibilidade de selecionar dentro dela um conjunto de trabalhos com incontestável valor científico, independentemente das teses subjacentes para as observações ou análises efetuadas. Podemos verificar, a propósito, que a literatura citada neste primeiro capítulo é

essencialmente inglesa e norte-americana. Seria o cúmulo do narcisismo profissional interpretar a ausência de avaliações do ato médico francês, italiano, alemão ou soviético como índice de sua qualidade superior. Razões sobretudo históricas, políticas e jurídicas explicam que avaliações não tenham sido feitas fora da Grã-Bretanha e dos Estados Unidos. Na França, a subordinação da pesquisa sobre a saúde pública a uma ideologia terapêutica triunfalista e a redução da medicina ao individual e ao tecnicismo que tudo invade são reforçadas pela organização centralizada das faculdades de medicina, pela ação preventiva introduzida com a lei que protege todo ato profissional e privado, pela estrutura de classe criada para a Ordem dos Médicos sob o regime de Vichy, pela forma sindical dos organismos que protegem os interesses dos produtores de saúde e pelo incontestável privilégio público dado à coalizão de interesses que ligam a medicina à indústria farmacêutica; em consequência, a pesquisa crítica sobre o ato médico se estanca, entrava-se a divulgação dos conhecimentos adquiridos, o público é privado do direito de acesso a informações contraditórias no campo da saúde, e a contestação das ilusões difundidas pela empresa médica fica restrita a alguns pesquisadores isolados, marginais ou extravagantes.

## Uma história duvidosa

A primeira dessas ilusões diz respeito à história das doenças. O estudo da evolução da estrutura da morbidade fornece a prova de que ela não foi mais afetada pelos médicos no último século do que pelos sacerdotes em épocas precedentes. Epidemias vinham e iam: doutores e sacerdotes as conjuravam, mas nem uns nem outros podiam modificar o seu curso. Elas não foram alteradas de maneira mais notável pelos rituais da clínica médica do que pelos costumeiros exorcismos ao pé dos altares religiosos. Seria útil que o debate sobre o futuro da instituição médica começasse pelo reconhecimento desse fato.

Desde o começo do século XVIII a criança francesa tem uma esperança de vida superior à de seus pais. A diferença de geração para geração se acentua mais entre 1899 e 1920. Durante esse curto período e um pouco em toda parte, cada ano acrescenta, para o nascituro, o suplemento de algumas semanas de probabilidade de sobrevivência. Durante o último meio século essa diferença se reduziu. Para alguns

povos altamente industrializados, ela desapareceu. Os jovens de hoje têm motivo para temer que não durarão tanto quanto seus ancestrais. Agora se morre ao nascer, ou pela violência, ou pela degenerescência. Mais da metade dos que encontram a morte antes da idade de 25 anos é vítima de acidentes, desejados ou não, durante a gestação ou no parto, e mais de um quarto morre de acidentes, agressões ou suicídios.

Seria grave erro explicar essas mudanças nas taxas de mortalidade globais pelo progresso global da eficácia do ato médico. A variação entre a esperança de vida de sucessivas gerações aparece no Ancien Régime sem que no entanto tenham ocorrido na época progressos terapêuticos notórios. Amplia-se com a revolução pasteuriana e desaparece bem antes do surgimento recente do arsenal do médico contemporâneo.

Deve-se admitir então que a soma de gratificações que cada médico sente quando está convicto de ter salvado um indivíduo em perigo de morte não tem reflexo significativo ao nível de análise dos fatos demográficos gerais. Em outros termos, os indicadores parciais que servem à apreciação da eficácia dos atos médicos específicos não são utilizáveis como indicador global.

As moléstias infecciosas que dominaram o nascimento da era industrial ilustram a maneira como a medicina fez sua reputação. A tuberculose, por exemplo, atingiu o apogeu em duas gerações. Em Nova York, a taxa de mortalidade era da ordem de 700 para 100.000 em 1812, e baixou para 370 por volta de 1882 — quando Koch estava ainda se preparando para cultivar e colorir o primeiro bacilo. Mesmo que a tuberculose mantivesse sempre o segundo lugar entre as causas de óbito, a sua taxa já havia caído para 180 quando foi aberto o primeiro sanatório, em 1904. Depois da Segunda Guerra Mundial, antes do emprego dos antibióticos, havia passado para 11.º lugar, com taxa de 48 para 100.000. Cólera, disenteria e tifo conheceram seu máximo da mesma forma e em seguida desapareceram, independentemente da ação médica. Quando a etiologia dessas moléstias foi compreendida e lhes foi aplicada terapêutica específica, elas já tinham perdido muito de sua atualidade. Adicionando-lhes as taxas de mortalidade da escarlatina, da difteria, da coqueluche e da varíola de 1860 a 1965, em crianças com menos de 15 anos, mostra-se que quase 90% da diminuição total da mortalidade durante esse período ocorreu antes da introdução dos antibióticos e da imunização em grande escala contra a difteria. É possível que a

explicação se deva em parte à queda de virulência dos microrganismos e à melhoria das condições de habitação, mas ela reside sobretudo, e de maneira muito nítida, numa maior resistência individual, devida à melhoria da nutrição. Hoje, nos países pobres, a diarreia e as infecções das vias respiratórias superiores são mais frequentes, duram mais tempo e resultam em mortalidade mais elevada quando a alimentação é insuficiente, seja qual for o grau de cuidados médicos disponíveis. É bem certo que a eliminação das antigas causas de mortalidade não pode ser posta no ativo da ação profissional dos médicos, como também não se pode jogar em seu passivo o alongamento de uma vida que deverá ser passada com o sofrimento de novas doenças.

A análise das tendências da morbidade mostra que o meio (noção que inclui o modo de vida) é a primeira determinante do estado de saúde global de qualquer população. A alimentação, as condições de habitação e de trabalho, a coesão do tecido social e os mecanismos culturais que permitem estabilizar a população desempenham papel decisivo na determinação do estado de saúde dos adultos e da idade em que têm probabilidade de morrer.

Justamente quando as antigas formas patológicas tendem a desaparecer, com as transformações da idade industrial, surgem novas formas de morbidade. De novo é o regime alimentar que volta a ser prioritário na determinação do tipo de moléstias correntes, sobretudo se nele incluímos o consumo do tabaco, do álcool e do açúcar. Novo tipo de má nutrição está em via de tomar forma de epidemia moderna, com taxa de crescimento particularmente rápida. Um terço da humanidade sobrevive em nível de subalimentação, que antes teria sido letal, enquanto mais e mais indivíduos absorvem, nos alimentos, tóxicos e mutagênicos.

A ação destruidora do homem sobre o meio intensificou-se paralelamente aos pretendidos progressos da medicina. A poluição da natureza pela indústria química ocorreu junto com a suposta crescente eficácia dos medicamentos; a má nutrição moderna, junto com o progresso da ciência dietética.

A atividade de saneamento pode ser considerada a segunda determinante do estado de saúde global de uma população, muito menos importante, porém, que o nível e a qualidade da alimentação e da habitação, a estabilidade cultural e as condições de trabalho já

mencionadas. Nessa categoria, é preciso distinguir dois tipos de inovações surgidas no século XIX. Há, antes de tudo, transformações da cultura popular que, hoje, fazem parte do comportamento geral da população e que por si sós podem explicar, em parte muito grande, o impacto global das técnicas sanitárias sobre a baixa da mortalidade. O tratamento das águas, a fossa séptica, o uso do sabão e de tesouras pelas parteiras (esta última inovação foi a única introduzida pelos médicos) são três procedimentos cujo impacto global é certamente superior ao do conjunto das atividades sanitárias que em geral ainda exigem a intervenção do especialista. Se acrescentarmos o emprego não profissional de alguns bactericidas, inseticidas e pesticidas, a ventilação dos quartos, a limpeza frequente, a água purificada, a ação sanitária que continua domínio reservado dos profissionais mostra efeito bastante secundário.

Entre as técnicas desenvolvidas pelos médicos e incorporadas à cultura popular, deve-se dar lugar privilegiado aos métodos de limitação da natalidade. Trata-se de técnicas que os médicos foram aparentemente os primeiros a utilizar na vida privada, ainda no período em que as

associações médicas se opunham explicitamente ao seu emprego por parte da população. Se técnicas similares, embora talvez mais artesanais, utilizadas com sucesso várias gerações antes, nas relações extramaritais, não tivessem se estendido às relações maritais em vastas camadas sociais da Europa, a superpopulação teria tornado impossível as baixas de mortalidade registradas durante o século XVIII graças às melhorias trazidas ao regime alimentar.

É apenas em um terceiro lugar que se deve situar o impacto do ato médico sobre a saúde global. Contrariamente ao meio e às técnicas sanitárias não profissionais, os tratamentos médicos consumidos por uma população são uma pequena parte e jamais ligada significativamente à redução do peso da morbidade ou ao prolongamento da esperança de vida. Nem a proporção de médicos numa população, nem os meios clínicos de que esta dispõe, nem o número de leitos hospitalares ocasionam mudança profunda das estruturas globais da morbidade. As novas técnicas de que se dispõe para reconhecer e tratar condições tão perniciosas como a anemia e a hipertensão, ou para corrigir as malformações congênicas, graças a intervenções cirúrgicas, redefinem a

morbidade mas não a reduzem. O fato de existirem mais médicos onde certas moléstias se tornaram raras tem pouco a ver com a capacidade destes de tratá-las ou de eliminá-las. A primeira vista isso significa simplesmente que os médicos se instalam segundo suas inclinações — mais facilmente que outros profissionais — e que têm a tendência de se concentrarem onde o clima é sadio, a água pura e as pessoas trabalham e podem pagar seus serviços.

## **Lamentável realidade**

Um aparelho técnico imposto, aliado a uma burocracia igualitária, criou a perigosa ilusão de uma correlação natural entre a intensidade do ato médico e a frequência das curas. Essa hipótese, que apesar de tudo é o alicerce da prática médica contemporânea, jamais foi provada cientificamente. Muito ao contrário, temos todo o motivo para pensar que está errada. Por exemplo, o conjunto de estudos feitos para avaliar a eficácia do ato médico na redução da morbidade ou da mortalidade de pacientes afetados por patologias específicas forneceu resultados

surpreendentes. Quanto mais o ato exige a intervenção do especialista ou de uma infraestrutura dispendiosa, maiores são as probabilidades:

1. de que a esperança de vida do paciente submetido ao tratamento não será modificada pelo ato;
2. de que o período de invalidez do paciente aumentará, e
3. de que o paciente terá necessidade de tratamentos adicionais para ajudá-lo a suportar os danos, mutilações, angústias e dores provocados pela intervenção medica.

Pode-se dizer, de um modo geral, que o conjunto de métodos de diagnóstico e terapêuticos introduzidos durante as duas últimas gerações cuja eficácia seja comprovadamente superior à dos tratamentos tradicionais constitui pequeno número, é de baixo custo e de aplicação muito simples. Não obstante, a maior parte da despesa médica é destinada a diagnósticos e tratamentos cujo benefício para o paciente é nulo ou duvidoso, porque o seu efeito, em caso de sucesso, é mudar a patologia, frequentemente prolongando e intensificando o sofrimento.

Para ilustrar esse ponto, farei uma distinção entre doenças infecciosas e não-infecciosas. É impossível contestar a eficácia da intervenção dos médicos na cura das primeiras. Pode-se apenas indagar se o médico é ainda necessário para a realização dos atos que lhe correspondem.

A vacinação praticamente varreu a poliomielite dos países ricos. As vacinas, provavelmente, deram também alguma contribuição à diminuição da coqueluche, da varíola e do tétano. A quimioterapia e a antibioticoterapia desempenharam significativo papel no controle da pneumonia, da gonorreia e da sífilis. Os óbitos devidos à pneumonia, outrora ponderável causa de morte na velhice, diminuíram de 5 a 8% depois que apareceram no mercado as sulfamidas e antibióticos. Os casos de malária, tifo, sífilis e boubá podem ser facilmente curados. E um belo progresso, ainda que muitas vezes seja impossível aplicar a terapêutica adequada por se estar preso a obstáculos técnicos e econômicos, à negligência e aos tabus, e sobretudo ao monopólio médico. O tratamento dessas infecções poderia tornar-se bem mais eficaz na medida em que

fosse desprofissionalizado e passasse a ser parte da cultura higiênica popular.

Mesmo levando-se em conta essas limitações, é certo, ao menos por ora, que o impacto dos tratamentos médicos dessas infecções fortalece a crença popular em um progresso da medicina. Isso continua verdadeiro mesmo que para a maior parte das outras infecções a medicina possa mostrar resultados semelhantes e mesmo que os sucessos observados ao nível de casos individuais estejam longe de se refletir nas estatísticas globais. O tratamento medicamentoso das infecções individuais reduziu a mortalidade devida à tuberculose, ao tétano, à difteria e à escarlatina. Mas na baixa total da mortalidade ou da morbidade relativas a essas doenças, o medicamento moderno teve pequeno efeito, talvez nem mesmo significativo. A malária, a leishmaniose e a doença do sono se retraíram algum tempo com o ataque de produtos químicos, mas estão agora em plena recrudescência nos países do Terceiro Mundo. Essa reativação é consequência do desenvolvimento dos transportes, das redes de energia, da urbanização, mas, também, da evolução de vetores resistentes. Da mesma forma, a

frequência crescente das infecções venéreas se deve a novos costumes e não a tratamentos ineficazes. Recrudescimentos e recidivas continuam a ser fenômenos extra-médicos.

A eficácia da intervenção médica na luta contra as doenças não-infecciosas é ainda mais duvidosa. Apenas em alguns tratamentos específicos foi demonstrado efetivo progresso. A prevenção parcial das cáries dentárias pela fluoração da água é possível, embora os efeitos finais da absorção regular do flúor sejam mal conhecidos. Maior número de pessoas sobrevive aos grandes traumatismos de acidentes e de intervenções cirúrgicas. Uma terapêutica de substituição reduz, a curto prazo, os efeitos diretos do diabetes. Os tratamentos de um tipo de câncer de pele e o da doença de Hutchison são eficazes. Faltam-nos provas claras da eficácia do tratamento de uma dúzia de outros tipos de cânceres frequentes.

O câncer da mama é a forma de câncer mais comum. A taxa de sobrevivência de cinco anos, no caso, é aproximadamente de 50%, independente dos gastos com médicos ou do tipo de tratamento aplicado. Não foi demonstrado que essa taxa seja diferente nos cânceres não

tratados ou que, no conjunto, os tratamentos com intenção curativa tenham tornado o estágio terminal menos penoso. Embora os cancerologistas tendam a insistir na importância da prevenção e do tratamento precoce desse e de vários outros tipos de câncer, os epidemiologistas são incapazes de provar que a intervenção precoce altera a taxa de sobrevivência. A intervenção precoce no câncer do colo do útero aumenta de modo significativo mas não muito importante a taxa de sobrevivência de cinco anos. Para obter este resultado são necessários vários exames preventivos por ano, procedimento que parece inaceitável a certas mulheres. A prevenção revela-se de qualquer modo estatisticamente inútil, porque justamente as pessoas que não vão regularmente ao consultório são as que apresentam riscos mais elevados. Ainda mais nítida é a situação no caso do câncer de pulmão, o mais frequente nos homens. As acrobacias publicitárias dos cirurgiões, que são qualificadas reverentemente de milagres médicos, traduzem-se, durante esses últimos vinte anos, numa considerável multiplicidade de intervenções e de episódios diversos tendo sempre a mesma conclusão: mais despesas e mais sofrimentos novos sem qualquer efeito sobre a taxa de sobrevivência. Estudo recente indica que os médicos que descobrem no próprio

organismo sintomas do câncer retardam — mais que outros profissionais do mesmo nível de educação — o recurso ao diagnóstico e ao tratamento profissionais: estão bem conscientes do seu valor sobretudo ritual. Em relação às doenças cardíacas congênicas e de origem reumática, a cirurgia e a quimioterapia não aumentaram as chances de voltar a uma vida ativa, a não ser para certas categorias restritas dos que sofrem dessas afecções. O tratamento médico das doenças cardiovasculares comuns e das doenças cardíacas tem uma eficácia global muito limitada. O tratamento intensivo do infarto do miocárdio nos serviços hospitalares especializados revelou-se menos eficaz que o tratamento a domicílio. O tratamento medicamentoso da hipertensão arterial é eficaz nos casos que não têm origem em algum fator mórbido pernicioso, e pode fazer muito mal quando se aplica noutras condições. A grande propaganda internacional feita no início de 1975 para regular a pressão arterial de populações inteiras através da intervenção médica parece irresponsável. “Quais são os efeitos do tratamento? Atualmente, não é possível responder senão relativamente à morbidade a curto prazo da hipertensão severa bem tratada. Não há suficientes dados disponíveis sobre a mortalidade ou morbidade a longo prazo, nem sobre os efeitos do tratamento na

hipertensão moderada, discreta ou lábil. (...) Não existe qualquer critério, antes de aparecerem complicações, que permita avaliar o prognóstico e, conseqüentemente, selecionar as pessoas suscetíveis de se beneficiarem do tratamento (...) Certos efeitos secundários incômodos de determinadas drogas são conhecidos, mas os inconvenientes a longo prazo desses tratamentos estão muito mal avaliados e, como sempre, são difíceis de prever. Seguramente, eles não são negligenciáveis e devem ser postos na balança juntamente com o benefício previsto do tratamento. Como aqueles efeitos parecem reduzir-se à medida em que são menores os valores tensionais, não é sem razão que se deve julgar que, a partir de certo nível tensional, a avaliação que leva em conta vantagens e desvantagens dos medicamentos pode ser nula e até negativa.” O silêncio sobre a probabilidade desse perigo, mantido pelas oficinas de lanternagem humana, é nova manifestação pública da incapacidade da profissão médica de fazer uma profunda autocrítica, o que só pode trazer conseqüências sinistras para a sociedade.

## Nova epidemia resistente à medicina

Infelizmente, a inutilidade dos cuidados médicos é o menor dos danos que uma empresa médica proliferante pode infligir à sociedade. O impacto negativo da empresa médica constitui uma das epidemias em maior expansão no nosso tempo. A dor, as disfunções, a invalidez e a angústia resultantes das intervenções médicas rivalizam agora com a morbidade provocada pela circulação de veículos automotores, o trabalho e até as guerras. Somente a má nutrição moderna causa claramente maiores males.

O termo técnico que qualifica a nova epidemia de doenças provocadas pela medicina, iatrogênese, é composto das palavras gregas iatros (médico) e genesis (origem). Em sentido estrito, uma doença iatrogênica é a que não existiria se o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão recomendam. Por essa definição, tem-se o direito de processar o médico prudente que não submeteu seu paciente a um tratamento admitido pelas práticas profissionais por temer que os efeitos desse ato lhe fossem nocivos.

Em sentido mais amplo, a doença iatrogênica engloba todas as condições clínicas das quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos. Chamarei iatrogênese clínica essa multidão de efeitos secundários, porém diretos, da terapêutica. Faço a distinção da iatrogênese clínica de outros danos iatrogênicos que são resultados não técnicos da intervenção técnica do médico.

Os medicamentos sempre foram venenos potenciais, mas seus efeitos secundários não desejados aumentaram com a sua eficácia e a extensão de seu uso. A doença iatrogênica fazia parte outrora do ensino da medicina.

A importância do risco associado à utilização de medicamentos particularmente poderosos foi, até agora, constante e sistematicamente subestimada. Nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha, de 50 a 80% dos adultos absorvem a cada 24 ou 36 horas um produto químico prescrito por um médico. Alguns tomam medicamento que não foi submetido a suficientes testes para provar sua inocuidade e sua eficácia; outros recebem um produto contaminado ou com data limite de emprego ultrapassada; outros compram uma contrafação; outros absorvem

produtos que, associados, se tornam perigosos; outros são apenas e simplesmente vítimas de seringas mal esterilizadas ou de agulhas frágeis. Certos medicamentos criam hábito, outros uma lesão, outros têm ação mutagênica que pode ocorrer quando entram em sinergia com o efeito, sobre o paciente, de um colorante alimentar ou de um inseticida. Em alguns pacientes os antibióticos alteram a flora intestinal e produzem uma superinfecção que permite a proliferação e a invasão de organismos mais resistentes no portador. Outros contribuem para o desenvolvimento de espécies bacterianas resistentes aos medicamentos. De 3 a 5% de todas as admissões nos hospitais dos Estados Unidos têm como principal motivo a má reação a um medicamento. Uma vez dentro do hospital, de 18 a 30% de todos os pacientes têm uma reação patológica induzida por substância medicamentosa. Nesse grupo, a aplicação do produto farmacêutico dobra a duração da estada no hospital. A literatura divulgada pelas publicações provenientes da indústria farmacêutica ou dos burocratas a seu serviço toma, cada vez mais, um tom de defesa.

A agressão cirúrgica constituída pelas intervenções inúteis se transformou num fenômeno generalizado. Seu efeito global varia

conforme o país. Depende da ideologia médica, do receio dos cirurgiões de perderem o emprego e do interesse que eles têm na experimentação.

Quase todos os moribundos que recorrem a novas clínicas especializadas no tratamento das dores terminais resistentes a toda analgesia são os grandes mutilados das intervenções heroicas, estatisticamente inúteis, feitas pelos especialistas. São as maiores vítimas de uma empresa médica que protege e encoraja os médicos condenados por R. Leriche, "esses que têm uma paixão chamejante pela atividade esportiva, (que) gostam mais de operar do que fazer diagnósticos, do que avaliar as consequências do seu ato".

A mania de descobrir anomalias provoca uma nova epidemia, que se chama às vezes de não-doença iatrogênica. Essa não-doença se manifesta sob a forma de invalidez, exclusão da vida social, angústia e, bem frequentemente, sintomas funcionais, tudo com origem no diagnóstico e tratamento prescrito. Em certos casos o diagnóstico baseou-se na ignorância do médico; noutros, num erro do laboratório de análises, ou mesmo num mal-entendido com o paciente. No Estado de Massachusetts (EUA), o número de crianças que se tornam inválidas em

seguida a um falso diagnóstico de doença cardíaca excede o das que estão em tratamento efetivo de doença cardíaca. Estima-se que em quatro casos de morbidade e de mortalidade iatrogênicas, um deles, em média, foi resultado do diagnóstico, isto é, do processo técnico empregado para fazê-lo, muitas vezes traumatizante, invalidante ou mortal.

A produção profissional de traumatismos psicológicos não é, portanto, uma exclusividade do psiquiatra: todo contato com a empresa médica expõe o paciente ao perigo de danos psíquicos. A angústia é talvez o efeito mais generalizado de qualquer contato com a técnica médica. Não se manifesta somente pela depressão, pelas síndromes hipocondríacas ou orgânicas, mas pode também conduzir ao suicídio. A iatrogênese da suposta doença mental e sua exportação para além-mar estão fora do tema que me propus tratar.

Os danos infligidos pelos médicos sempre têm feito parte da prática médica e levantado problemas jurídicos. A indiferença profissional, a negligência e a pura incompetência são falhas velhas como o mundo. Com a transformação do médico artesão, que exercia sua habilidade em indivíduos que conhecia pessoalmente, em médico técnico

que aplica regras científicas a categorias de doentes, as falhas adquiriram novo status, anônimo e quase respeitável. O que antes era considerado abuso de confiança e falta moral agora pode ser racionalizado como falha ocasional de equipamento ou dos seus operadores. Num hospital em que a técnica é complexa, a negligência se transforma em erro humano “aleatório”, a insensibilidade em “desinteresse científico”, e a incompetência em “falta de equipamento especializado”. A despersonalização do diagnóstico e da terapêutica transferiu as falhas do campo ético para o âmbito do problema técnico.

Em 1971, entre 12.000 e 15.000 processos contra falhas no exercício profissional da medicina deram entrada na Justiça dos Estados Unidos. Entretanto, os médicos somente são vulneráveis num tribunal se forem acusados de ação em desacordo com o Código de Saúde Pública, incompetência em matéria de tratamento ou por falta ao dever, por avidez de lucro ou por preguiça. A maior parte dos danos infligidos pelo médico moderno não se enquadra em nenhuma dessas categorias. Na verdade são produzidos na prática diária de pessoas bem formadas, que aprenderam a agir conforme o quadro de valores e as técnicas admitidas pela profissão,

e foram treinados para reprimir a consciência dos danos que provocam. Os controles que as Ordens de Médicos exercem sobre seus membros para neutralizar as ovelhas negras que levam má reputação ao conjunto dos médicos apenas lhes dá maior prestígio para prosseguirem sua ação iatrogênica.

O Departamento de Saúde Pública dos Estados Unidos calculou que 7% dos doentes hospitalizados sofrem, enquanto estão hospitalizados, lesões pelas quais poderiam exigir indenização, embora poucos o façam. Além disso, ocorrem proporcionalmente mais acidentes nos hospitais do que em qualquer outro setor industrial, excetuando-se o das minas e o da construção de edifícios altos. Recente pesquisa nacional mostra que a causa de óbito mais frequente de crianças nos Estados Unidos são os acidentes e que estes ocorrem muito mais nos hospitais do que em qualquer outro lugar. Quanto maior a invasão técnica na rotina hospitalar, mais os acidentes são inesperados e inevitáveis. Em geral os hospitais universitários são os mais patogênicos. Verificou-se que um em cada cinco pacientes admitidos num hospital universitário padrão contrai doença iatrogênica, algumas vezes benigna, mas que na maioria dos casos

exige tratamento especial, e que um entre cada trinta pacientes contrai doença iatrogênica mortal, a metade delas complicações posteriores a uma terapia medicamentosa, e, surpreendentemente, um entre cada dez é efeito de processos técnicos de diagnóstico. Fatos similares levariam um oficial a perder seu comando, quaisquer que fossem as declarações que fizesse de boa intenção e devotamento à causa pública, ou a ser fechado pela polícia qualquer restaurante ou casa de diversões.

Um dos aspectos mais espantosos da iatrogênese clínica epidêmica é sua capacidade de resistir a todo esforço médico para a debelar. As infecções mais temíveis são adquiridas na sala de cirurgia, onde somente microrganismos resistentes a fortes doses de bactericidas podem sobreviver. Os hospitais que procuraram se proteger contra erros na administração de medicamentos tornando obrigatório controle de cada receita por um farmacologista especializado tiveram de reconhecer, após três anos de experiência, que não apenas a despesa mas o dano global aumentou com o nível de complexidade. Quentin Young, diretor do maior hospital de Chicago, afirma que “os riscos de iatrogênese, provocados pelas precauções de evitar litígios e processos judiciais,

causam maior mal que qualquer outro fator iatrogênico”. A medicina, obrigada a examinar não apenas um ou outro de seus atos mas sua empresa em conjunto, tornou claro seu insucesso básico quanto aos erros a reparar, problemas a resolver, progressos a realizar. A iatrogênese de segundo grau, produzida pelas medidas anti-iatrogênicas, comprovou a auto-desregulação estrutural da empresa. Ela perdeu toda possibilidade de racionalizar seu fracasso fundamental.

A profissão médica, em confronto com os danos que provoca e sua impotência para corrigir suas estruturas, se pôs a convocar frequentes congressos com o objetivo de autolimitar a empresa médica. É um esforço que se parece muito com a aliança entre a Fiat, a Ford e a Volkswagen para financiar estudos do Clube de Roma sobre a limitação necessária às empresas industriais. Ao mesmo tempo se multiplicam apelos de médicos que, invocando sua experiência, nos imploram para não debater publicamente as provas da epidemia iatrogênica. A discussão da iatrogênese pelo grande público, segundo eles, ativa ri a a sua proliferação.

A meu ver o debate público — tanto do atual nível da iatrogênese como da generalizada imprudência manifestada diante desse perigo pelos que praticam a medicina — constitui uma das condições da luta contra essa calamidade pública. Para participar dessa luta, é preciso reconhecer, antes de tudo, que os novos métodos técnicos e novas modalidades de organização médica concebidos como remédios para a iatrogênese clínica direta tendem, eles mesmos, a se tornar patogênicos, desde que utilizados em populações suficientemente grandes para justificar sua eficácia primária. As medidas técnicas que têm por objetivo a iatrogênese direta contribuem para o desenvolvimento de uma iatrogênese clínica de segundo grau, epidemia que já se pode verificar e descrever. As medidas técnicas ou burocráticas adotadas para evitar que uma medicina maligna prejudique o doente tendem necessariamente a criar essa nova categoria de iatrogênese cuja etiologia é análoga à escalada destrutiva provocada pelas medidas contra a poluição.