

REDEFININDO PARADIGMAS EQUIVOCADOS DA SAÚDE: SUA INFLUÊNCIA NA PRÁTICA MÉDICA E POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

*Jorge R. Miranda-Massari
José R. Rodríguez-Gómez
Michael J. González*

“Ao final de contas, o êxito ou fracasso de qualquer governo deve ser medido segundo o bem-estar de seus cidadãos. Nada pode ser mais importante para um estado que a saúde pública; a primeira preocupação de um estado deve ser a saúde de seu povo.”

Franklin Delano Roosevelt

Introdução

Este trabalho pretende direcionar o leitor a questionar criticamente determinadas idéias centradas em como a saúde, concebida como construção social, pode ser manipulada. Exploramos como determinados grupos que têm reconhecimento social estabelecem um paradigma de controle a partir de determinados mecanismos sociais: regulamentações e/ou currículos de faculdades que difundem, e geram, a negação ao considerar a responsabilidade coletiva como uma variável importante para o bem-estar social. Pretende-se fornecer exemplos de como determinadas organizações culturais, como o são as grandes empresas farmacêuticas e as estruturas curriculares das escolas de medicina, podem influir de forma negativa na aceitação de mudanças de paradigmas que repercutam em benefício da sociedade. O trabalho apresenta, do ponto de vista construcionista, a necessidade de modificar certos paradigmas estruturais para fazer progredir o conhecimento a partir de uma esfera interdisciplinar sanitária, voltada a promover o bem-estar comum. Apresentamos a necessidade de elaborar e começar a avaliar os diferentes setores que são necessários para iniciar uma mudança em alguns dos paradigmas dominantes da saúde (p. ex., o médico é o elemento principal a se considerar para lidar com a saúde de um paciente). O artigo expõe a importância de determinadas ações sociais que

devem ser geradas para se conseguir modificar estes paradigmas dominantes, que limitam o bem-estar social em uma área tão importante como é a saúde pública.

O primeiro segmento propõe repassar alguns dos fatos acerca das mudanças significativas que ocorreram na história da expectativa de vida humana a partir do século XVIII. Esta fase da exposição permite abrir a discussão para detectar sutilezas, identificar estilos, decisões e práticas que facilitam configurar os elementos discursivos que orientam os argumentos centrais do trabalho escrito. A partir disso, o segundo segmento aborda o componente dos estilos de vida – os conteúdos e determinações culturais – e sua pertinência para a gestão preventiva, tão vital no controle das doenças. Neste sentido, o terceiro segmento explora como as desigualdades sociais influem ou afetam o acesso à saúde pública. Identificadas tais condições, o quarto segmento prossegue destacando as dinâmicas econômicas que também influem na qualidade da saúde pública. O quinto segmento faz um panorama para entender a relação entre a configuração do conhecimento, as variantes econômicas e a manipulação de informação e resistência à mudança nos processos associados à saúde pública. A partir deste contexto, o sexto segmento se concentra em discorrer sobre alguns aspectos relativos à formação dos conteúdos éticos médicos; destaca-se o *éthos* da relação com o paciente e a integração do conhecimento a esta.

A conclusão retoma as elaborações originais, traça o perfil dos problemas de uma perspectiva cultural e identifica e convoca os atores de destaque. Reflete-se sobre a necessidade de gerir iniciativas afirmativas e inclusivas que produzam as transformações sociais necessárias para maximizar os processos mundiais da atualidade com a finalidade de se conseguir uma reorientação que priorize a saúde pública como uma variável fundamental na vida social e econômica contemporânea.

Expectativa de vida e os avanços na saúde

De acordo com dados recentes, fornecidos pelos órgãos de saúde pública, tanto nacionais como internacionais, a expectativa de vida ao nascimento vem crescendo no âmbito mundial. No século XVIII era entre 35 e 40 anos e já em meados do século XIX aumentou para 45 a 50 anos. Durante a primeira metade do século XX, aumentou para 60 anos na maioria dos países industrializados. Atualmente, muitos países desenvolvidos, e até alguns em desenvolvimento, alcançam uma expectativa de

vida ao nascimento entre 70 e 80 anos (Oeppen e Vaupel, 2002).

O aumento na expectativa de vida veio como resultado de melhorias das condições de saúde, estabelecimento de medidas higiênicas (públicas e privadas), melhora da nutrição e maior conhecimento e aplicação das medidas de saúde pública necessárias para o controle de doenças infecciosas e problemas ambientais que influíam negativamente na sobrevivência (González et al. 2000). O impacto maior destas medidas foi na redução acentuada da mortalidade infantil, responsável pelo aumento da longevidade ocorrido entre o final do século XIX até a metade do século XX. Avanços médicos, como as vacinas, tiveram um impacto acentuado, embora este seja considerado por alguns como sendo pequeno pela incapacidade de acesso à população infantil a que se dirigia. Seu resultado final, no entanto, foi uma redução real da mortalidade infantil nas sociedades que a utilizaram, a menos quando, em alguns locais, houve sérios problemas de distribuição e administração. De modo semelhante, também houve relatos de alguns efeitos adversos contraproducentes que se deixou passar por alto, dado os grandes benefícios obtidos entre a população infantil com o controle de muitas doenças de alta mortalidade.

Ao mesmo tempo em que houve um aumento na expectativa de vida na segunda metade do século XX, o qual é atribuído aos avanços médicos e de saúde pública, também está ocorrendo um aumento nas doenças crônicas degenerativas. A partir da metade do século XX, aumentaram os índices de mortalidade por doenças crônicas degenerativas tais como doenças cardiovasculares, vasculares cerebrais, pulmonares, câncer e diabetes, para mencionar algumas. Todas estas doenças têm fatores de risco associados ao estilo de vida. Este dado sugere a necessidade de orientar os indivíduos a assumirem grande parte da responsabilidade por sua própria saúde. No entanto, se os indivíduos não têm recursos para poder adotar ações protetoras, não poderão exercer completamente sua responsabilidade por seus cuidados pessoais. Entre alguns dos recursos necessários para poder cuidar da saúde estão valorizar a saúde, possuir o conhecimento adequado e contar com apoio social para assumir estilos de vida saudáveis e, sem sombra de dúvida, condutas pró-sanitaristas (por exemplo, o exercício físico).

A valorização da saúde como uma alta prioridade facilitará o desenvolvimento de um compromisso de fazer o que nos é devido para diminuir os riscos a que somos expostos. Embora entendamos que esta valorização seja uma decisão individual que

deve ser respeitada, é também correto dizer que a liderança responsável, em adição à palavra verbal e escrita, deverá implantar tal valorização com ações coordenadas e efetivas, por sua vez representada em uma política pública sanitária e coerente.

Quanto ao conhecimento necessário para diminuir os riscos de doenças, devemos reconhecer as lagunas ou brechas de fato existentes em nossas instituições educacionais e profissionais. Estes hiatos de conhecimento podem ser facilmente preenchidos com formação simples, sensível e atualizada, dos profissionais de saúde, fazendo com que reconheçam que existem contribuições científicas e sistemáticas recentes que devem ser avaliadas objetivamente para o benefício do paciente. A meta final desta ação é reduzir os riscos e os índices de mortalidade de doenças crônicas e infecciosas em nossa população. Com certeza, é necessário atualizar conhecimentos para poder tratar de forma ideal as doenças existentes, já que o conhecimento renovado que um profissional da saúde tem, e sua sensibilidade aos avanços científicos, influi no índice de sobrevivência de seus pacientes.

O desenvolvimento do conhecimento em áreas da medicina alternativa ou complementar como a bioquímica nutricional, medicina ortomolecular, psiconeuroimunologia, acupuntura, botânica medicinal, entre outras, começou a ser explorado e amplamente utilizado nas últimas décadas, com grandes benefícios para os pacientes (NIH, NCCAM, 2006). Este conhecimento, embora tenha começado a chegar a alguns programas educacionais, enfrentou dificuldades na tentativa de se integrar à prática médica, talvez por não ter sido avaliado objetivamente. Além disso, em algumas entidades, inclusive autoridades governamentais e organizações profissionais, dificultaram o progresso e a prática de modalidades de medicina alternativa ou complementar, apesar das comprovações científicas de eficácia, efetividade e segurança. Sustentamos que quando certas atitudes ultraconservadoras, discriminatórias ou centradas na defesa de interesses econômicos particulares podem atentar contra a saúde de um setor de pacientes – mediante uma prática médica insensível e pouco informada – é mister combatê-las de todos os foros possíveis.

O papel do apoio social à saúde pública tem muitas ramificações, sendo uma das mais importantes o acesso, não só aos serviços médicos e aos medicamentos necessários para o tratamento dos problemas, mas também a uma nutrição mais saudável e a um meio urbano que facilite o controle do estresse, a

recreação e atividades que promovam o desenvolvimento humano integral. Isto deve ser parte de qualquer iniciativa de gestão informada em benefício dos indivíduos que integram uma comunidade.

Apesar do controle obtido no controle das doenças infecciosas (pelo menos para uma grande parte da população mundial), e apesar dos avanços no tratamento das doenças crônicas degenerativas, observa-se certo grau de imobilidade e incapacidade institucional, evidenciados na apatia que criam as barreiras burocráticas de entidades governamentais nacionais. Isso pode ser notado na falta de políticas públicas que fomentem o controle adequado das doenças, tanto infecciosas como degenerativas, mesmo dispondo das verbas necessárias. De modo semelhante, a ausência de padrões melhores e mais atualizados da prática médica cria um efeito adverso, o que limita os avanços na expectativa de vida. Por exemplo, além da riqueza que um determinado país possa ter e administrar (que certamente desempenha um papel vital), também existe inúmeros fatores que determinam o estado geral de saúde da população, além da mera assistência médica. Isto se demonstra com exemplos nos quais a expectativa de vida em países que não são tão ricos (por exemplo, a Costa Rica) tende a exceder a expectativa de vida de países bastante ricos (por exemplo, os Estados Unidos). Por isso, os padrões da prática médica não são os únicos fatores que devem ser levados em consideração no momento de avaliar o aumento da expectativa de vida de um país.

É importante reconhecer que elementos socioculturais e de caráter organizacional e administrativo em saúde pública (por exemplo, a criação de organizações de assistência sociocultural e de políticas governamentais de caráter pró-social e sanitarista, que ajudem a diminuir a pobreza e a fortalecer a estrutura de saúde pública) são vitais e devem ser considerados, já que também ajudam a aumentar a expectativa de vida. Também se deve reconhecer que estes elementos podem ser utilizados para explicar várias diferenças nos índices de sobrevividas e indicadores médicos e de saúde entre os diferentes países. Certamente, reconhecer a utilidade de tais elementos e endossar políticas pró-sanitaristas que sirvam para diminuir os índices de mortalidade em nossas nações ajudará a alcançar o objetivo público de níveis mais elevados de expectativa de vida.

Estilos de vida: elementos imperativos na prevenção e controle das doenças

A literatura médica demonstra que as principais causas de morte nos países desenvolvidos (por exemplo, doenças cardiovasculares e vasculares cerebrais, câncer e diabetes) podem ser modificadas com mudanças de estilo de vida que incluam padrões nutricionais e modificações saudáveis no regime alimentar com o consumo de quantidades adequadas e qualidade melhor de alimentos. Isto inclui o consumo de alimentos não refinados, frutas, vegetais e redução no consumo de gorduras prejudiciais (por exemplo, gorduras parcialmente hidrogenadas e saturadas). Deve-se também acrescentar a isso, segundo vários especialistas em saúde, “suplementação” cientificamente comprovada que permite que o indivíduo esteja mais preparado e condicionado a resistir às doenças (González, Matos e Miranda, 2000). Além disso, deve-se promover a prática do conseqüente exercício físico e o controle da ansiedade e estresse.

Os estados mentais adversos e de doenças mentais são elementos que afetam a saúde física do indivíduo, podendo diminuir sua possibilidade de lidar efetivamente com os desafios diários. Sabemos, por exemplo, que indivíduos com altos níveis de estresse e ansiedade têm uma capacidade alterada negativa de enfrentar doenças por uma redução em seu potencial imunológico. De modo semelhante, a literatura científica demonstra que o impacto do estado nutricional sobre os mecanismos de defesa do indivíduo em diferentes etapas da vida é um fator importante a ser considerado, assim como a valorização/avaliação nutricional que deve ser realizada. Os adultos de idade avançada com problemas nutricionais que podem ser prevenidos (por exemplo, a osteoporose e desnutrição por acesso nutricional inadequado ou limitado ou por falta de educação nutricional) foram e continuam sendo os objetivos primários na saúde pública de qualquer nação.

Reconhecer a assistência médica preventiva, em vez do tratamento de doenças já diagnosticadas, é vital para uma maior expectativa de vida. O ditado antigo, “mais vale prevenir que remediar”, é válido e ético e se concretiza pelas implicações econômicas e de sobrevivência decorrentes em populações vulneráveis. É, portanto, vital nos direcionarmos a promover uma consciência nacional de cuidados pessoais e a promover programas de saúde preventiva (e curativa nos casos necessários) a fim de termos uma população mais energética e centrada nos objetivos positivos sanitários estabelecidos por uma nação. No entanto, existem

vários fatores limitantes que fazem com que isto não seja obtido tão facilmente. A possibilidade de gestão inadequada de verbas destinadas a programas governamentais de medicina preventiva, a corrupção, a falta de documentação objetiva para fazer decisões informadas e as atitudes preconceituosas que afetam nossa saúde são alguns desses fatores.

Estarmos capacitados, por meio de educação sensível, a tomar decisões sábias sobre nosso estado de saúde é requisito indispensável para nos mantermos saudáveis. Esta é uma meta de caráter ético.

Desigualdades econômicas e o acesso à saúde

É de se lamentar que nem todos se beneficiam por igual da assistência médica existente, nem muito menos do acesso a informações adequadas, em alguns casos consideradas até privilegiadas por alguns setores proselitistas. Em geral, sabe-se que o acesso à assistência de saúde está relacionado com a condição econômica e o estrato social a que um indivíduo pertence, sua educação, seu gênero e até sua raça. Sabemos, além disso, que as variáveis sociodemográficas influem, positiva ou negativamente, nos índices de sobrevivência. Por exemplo, os hispânicos que vivem nos Estados Unidos morrem quase duas vezes mais de diabetes que os brancos não-hispânicos. Embora os hispânicos representassem apenas 11% da população total em 1996, a incidência de novos casos de tuberculose nesta população foi de 21% (Centros para Controle e Prevenção de Doenças [CDC], 2006). Por outro lado, os hispânicos têm índices mais altos de pressão sanguínea e obesidade que os brancos não-hispânicos. De modo semelhante, há diferenças entre as próprias populações hispânicas. Por exemplo, embora o índice de crianças com baixo peso ao nascimento seja mais baixo em toda a população hispânica comparado com ao dos brancos, o índice de nascimentos com baixo peso entre os porto-riquenhos é 50% maior que ao dos brancos (CDC, 2006). Outro exemplo são os afro-americanos, cujo índice de mortalidade por doenças cardíacas é de mais de 40%, superior ao dos brancos. Chama a atenção que o índice de mortalidade por todos os tipos do câncer é 30% mais alto entre os afro-americanos que entre os brancos; no caso do câncer de próstata, este índice é o dobro daquele verificado nos brancos. O índice de mortalidade de câncer de mama entre as mulheres afro-americanas é mais alto que o das mulheres brancas, apesar de seu índice de controle mamográfico ser quase o mesmo. Por último, o

índice de mortalidade de HIV/aids é sete vezes maior entre os afro-americanos que entre os brancos (CDC, 2006).

Os dados apresentados acima servem de base para afirmar ser de vital importância que os profissionais da saúde prestem séria atenção às desigualdades existentes nas condições de saúde. Para que isso seja reconhecido é preciso que estes profissionais possam exercer uma influência benéfica nos grupos socialmente vulneráveis que requerem serviços especializados. Assim, se poderá construir uma nação melhor com índices de saúde mais adequados para todos.

O aumento das doenças crônicas degenerativas no século XXI consideradas como epidemias de países desenvolvidos ou em desenvolvimento inclui a obesidade, diabetes e câncer. Todas estas doenças começaram a aumentar no século XX, possivelmente como consequência de transformações nos hábitos alimentares tradicionais. De fato, algumas outras razões assinaladas dizem respeito aos interesses desenvolvidos por grandes corporações comerciais que, por meio de campanhas de publicidade, direcionam as pessoas a modificar os padrões de consumo alimentar e estilo de vida saudáveis por padrões inadequados e hábitos pouco saudáveis.

Como exemplo disso são as corporações comerciais internacionais que, por meio de anúncios e campanhas publicitárias milionárias, estimulam o hábito de fumar, o consumo de fórmulas infantis artificiais em vez da amamentação materna, a ingestão de produtos alimentares refinados e comidas de baixo teor nutricional, prejudiciais à saúde. A prática de utilizar aditivos químicos e a grande concentração de gorduras nos alimentos, no contexto de um trabalho competitivo desmedido para a obtenção de bens (elemento principal nas sociedades de consumo) não levam em consideração as consequências adversas que estes fatores têm sobre o bem-estar e a qualidade de vida individual e coletiva. Tudo isso influi negativamente na expectativa e na qualidade de vida dos cidadãos de uma nação. Ao causar dano potencial à população, pode-se afirmar que a situação tem um caráter antiético.

Como é de conhecimento geral, a grande maioria das doenças crônicas (hipertensão, diabetes, obesidade, síndrome metabólica, câncer) pode ser prevenida e, até controlada, com medidas simples de saúde pública. A modificação comportamental de estilos de vida prejudiciais à saúde, uma educação sensível e maior conscientização sobre as consequências de tais condições fariam diferença, tanto na sobrevivência como na qualidade de vida. Por isso, são necessários programas de educação que estejam direcionados a

levar em consideração tais medidas.

A incorporação de elementos simples como parte de um plano de modificação comportamental (por exemplo, diminuir o consumo de gorduras e açúcar refinado) pode ter conseqüências significativas no aumento da expectativa de vida de uma população. Por exemplo, um estudo enfocando cinco fatores de estilo de vida em uma população pertencente à Igreja Adventista do Sétimo Dia, no Estado de Califórnia, investigou se os indivíduos praticavam exercícios regularmente, se eram vegetarianos, se tinham um passado como fumantes, mantinham um peso saudável ou comiam uma porção pequena de nozes cinco a seis vezes por semana. Estudou-se o impacto de cada um destes hábitos na longevidade, tanto de forma separada como em combinação.

O estudo revelou que a expectativa de vida de uma mulher adventista vegetariana de 30 anos de idade é de 85,7 anos, e de um homem adventista vegetariano é de 83,3 anos. Estes valores são superiores à expectativa de vida dos californianos em 6,1 anos para as mulheres e 9,5 anos para os homens. As mulheres adventistas não vegetarianas no grupo tinham uma expectativa de vida de 84 anos e, nos homens não vegetarianos, esta era de 81 anos (Adventist News Network, 2006). Este é só um dos vários exemplos publicados na literatura científica, em que se ilustra como modificações simples têm sérias implicações positivas na sobrevida dos indivíduos. E 70% dos casos de câncer seriam evitados se as pessoas deixassem de fumar (o cancerígeno mais conhecido e mortal de todos); se a alimentação tivesse mais fibras; se as pessoas não ficassem expostas ao sol irracionalmente; se fossem realizados exames retais e do cólon e exames regulares exame de mama e colo de útero no caso das mulheres e exame de próstata nos homens (Colditz, 2004 e Rodríguez, 2006).

É importante mencionar que o conhecimento científico está centrado e se materializa em uma ideologia dominante que é pouco flexível no momento de considerar outras concepções que não sejam as tradicionais, validadas por uma metodologia considerada como irrefutável por muitos e que responde a uma concepção usualmente hierárquica e totalitária. Para a maioria dos profissionais da saúde, as possibilidades alternativas de tratamento e de controle de problemas de saúde não podem ocorrer fora do convencionalmente estabelecido, algo lamentável por restringir o desenvolvimento científico. Talvez tal intransigência, fomentada em muitas das escolas de medicina (mas não em todas), faz com que alguns médicos/clínicos façam oposição a considerar outras

possíveis opções alternativas de tratamento que não sejam os tratamentos convencionais, mesmo quando lhes é demonstrado, por meio de comprovações científicas válidas, a adequação de tais alternativas. Esta atitude intransigente faz com que sejam contrários em termos absolutos à grande variedade de possibilidades a se experimentadas, eliminando inclusive oportunidades de melhora clínica a seus pacientes.

A mesma literatura médica, por exemplo nos Estados Unidos, demonstra como as terapias alternativas são de uso comum por parte de um número crescente da população (Eisenberg, Davis, Ettner, Appel, Wilkey, Rompay e Kessler, 1998). Mais ainda, só como dado interessante, cabe assinalar que há mais de uma década, em 1990, nos Estados Unidos foram feitas 425 milhões de consultas de terapias não convencionais (quiropática, terapias de massagens e outras), isto é, 37 milhões mais que as consultas realizadas aos médicos de atenção primária no mesmo período (Gutiérrez, 1998). Em geral, um dos paradigmas dominantes dentro do âmbito médico é que se presume que só o clínico sabe o que é conveniente para o paciente. É possível que seja assim para um paciente em um estado de emergência, que não tem suficiente informação ou que apresente limitações na compreensão dessa informação. No entanto, na medida em que o paciente está mais bem informado e tem mais informação, conseqüentemente pode participar, juntamente com o profissional que o atende, da elaboração do plano de ação e intervenção clínica com um maior grau de satisfação e adesão ao plano de tratamento acertado em conjunto.

Grandes interesses econômicos que afetam a saúde pública

Os mecanismos de controle econômico exercidos pelos grandes interesses comerciais fazem com que as disparidades sejam extremas. Ficamos desconcertados quando se sabe que os Estados Unidos, por si só, poderiam alimentar de modo adequado os 6 bilhões de habitantes que atualmente vivem no planeta. Isso considerando-se que, em média, uma criança norte-americana consome anualmente o que consomem 422 etíopes e que se estima que, com apenas 10% dos investimentos do mundo desenvolvido, seria possível acabar com os problemas de desnutrição do Terceiro Mundo. Mais dramático ainda, afirma-se que cada ocidental consome e, conseqüentemente, polui quatro vezes mais que cada habitante do Terceiro Mundo (Argaya-Roca, 2006).

É significativo que a riqueza das 225 pessoas mais abastadas no mundo equivalha à da metade da humanidade, e que as três pessoas mais ricas do mundo superem em conjunto o orçamento dos 48 países mais pobres. Segundo denunciou Alfonso Zumbado (diretor regional do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento da América Latina e Caribe) em seu Relatório Anual de Desenvolvimento Humano, em setembro de 1998, 20% da população do mundo ainda vive abaixo do que se considera o patamar da pobreza. Este dado adquire significado moral urgente quando se sabe que os países ricos gastam anualmente no cuidado e sustento de seus animais domésticos (como cães e gatos) um montante de 17 bilhões de dólares. Chama-se atenção para a incongruência ética também quando se sabe que nestes países são gastos outros 12 bilhões de dólares em artigos tais como perfumes e cosméticos (Argaya-Roca, 2006).

E isso é ético? Estas cifras adquirem maior transcendência quando se sabe que seriam suficientes 13 bilhões de dólares para que todos os seres humanos neste planeta tivessem acesso a serviços mínimos de saúde necessários para seu bem-estar. Se a isso acrescentarmos o que Argaya-Roca (2006) assinala, que 40% da humanidade aproveitam tão somente 3,3% dos recursos, enquanto que 20% do planeta consomem 82,7% e, o que é mais escandaloso, produzem simultaneamente 80% da contaminação, temos de reconhecer que a repartição capital existente no âmbito mundial é definitivamente indigna e injusta. Os dados acima indicam que, se na esfera global fosse estabelecida a necessidade de uma distribuição justa da riqueza e das oportunidades, poder-se-ia melhorar significativamente a expectativa de vida e a qualidade de civilização das diferentes nações que formam o Planeta Terra.

Em um mundo em que o processo de globalização pretende gerar mudanças imediatas, sobretudo nas áreas em que o conhecimento e sua divulgação se propagam de forma vertiginosa via meios de comunicação de massa, é necessário reconhecer e avaliar os processos benéficos centrados na globalização. Um exemplo ilustrativo disso é quando se desenvolvem espaços intelectuais nos quais se propaga um conhecimento catalogado por alguns como “reacionário”. O fenômeno da globalização, entendido como um fenômeno aberto, propicia a criação de espaços de deliberação crítica, dos quais puderam surgir transformações sociais posteriores e que retêm ou desmantelam paradigmas até o momento aceitos. É muito provável que o mesmo processo de globalização consiga que possa promover ou

não uma visão crítica que, dependendo do processo histórico-social vivencial do indivíduo que receba a informação, faz com que este reaja de diferentes formas: aceite/defenda o que é informado, rejeite-o ou argumente como sendo falso, ou até comece a transformá-lo segundo suas referências ideológicas. Daí o constructo saúde (sua definição, como mantê-la e como detectar os seus fatores limitantes) ser defendido por interesses econômicos, os quais não desejam nenhum tipo de interferência.

A perpetuação do controle e da influência econômica gerada desta perspectiva faz com que sejam uns poucos os que possam “gerir” a saúde. Isto pode ser notado quando, em uma equipe interdisciplinar, um dos profissionais do grupo questiona o fato de quem é que tem maior conhecimento ou perícia para tomar uma decisão. Com frequência, em uma equipe interdisciplinar, decisões são tomadas sem se reconhecer a contribuição potencial e a perícia de todos os membros do grupo para contribuir para o bem-estar do indivíduo que está buscando ajuda. A gestão multidisciplinar e interdisciplinar é atualmente uma necessidade básica para trabalhar de modo efetivo com a saúde de um povo. Mas para que isso ocorra é preciso revisar o paradigma exclusivamente biomédico.

Manipulação da informação e resistência à mudança

A medicina, como disciplina, está centrada, assim como outras áreas do conhecimento, em paradigmas que são defendidos por seus praticantes. Segundo Kuhn (1970), ao se começar a mudar tais paradigmas, embora consigam emergir apesar dos obstáculos, a mesma comunidade científica mostra resistência férrea a ponto de tratar de suprimi-los em muitos casos. A medicina, e o conhecimento científico manipulado por ela, não é uma exceção em sua atitude perante as mudanças de paradigma. Promover uma nova perspectiva, um novo método que rompa a hegemonia de grupos estabelecidos, é tarefa difícil para quem inicialmente procurar fazê-lo. Os padrões médicos em que se baseia a conduta terapêutica sofrem continuamente transformações e, portanto, não poderíamos dizer “que existe uma única forma convencional e inapelável de tratar as várias doenças e problemas que afetam a humanidade”. De fato, apenas 2% da humanidade têm acesso contínuo e rápido a serviços médicos, o qual faz com que por necessidade busquem alternativas para o tratamento dos problemas, com ou sem êxito. Temos, portanto, que os padrões médicos são também motivos para mudanças e desafio e assim precisam ser em função dos avanços científicos e da sensibilidade

humana. No entanto, cabe perguntar se a assistência médica e a forma como são fornecidos tratamentos, embora com os meios e métodos mais avançados disponíveis, são infalíveis. A resposta é um categórico “não”. Para comprovar o que foi dito anteriormente, mencionamos alguns dados proporcionados por Gutiérrez (1998) no que consideramos ser um trabalho genial:

Nos hospitais americanos ocorrem entre 2 mil e 3 mil mortes semanais relacionadas a tratamentos médicos, sendo que em um ano as mortes ocasionadas por problemas médicos são três vezes superiores ao número de americanos mortos na Guerra do Vietnã e mais de quatro vezes o número de mortes causadas por acidentes de trânsito, estimando-se que, além das mortes, os tratamentos médicos causam danos a mais 1,3 milhão de pessoas.

Além disso, o mesmo autor assinala,

Como as reações adversas aos medicamentos são tema para muitas análises em diferentes pesquisas, entre elas a que realizou David Bates em dois hospitais de Harvard, em que concluiu que as reações adversas passíveis de prevenção têm um custo extra de 2,8 milhões de dólares ao ano em um único hospital universitário, grande e sofisticado. Outros pesquisadores demonstraram que os efeitos adversos aumentaram as hospitalizações a uma média de dois dias, a um custo aproximado de 2.300 dólares por caso.

Por último, nos leva a pensar criticamente e a refletir quando escreve o seguinte;

Quanto custam os exames mal indicados ou desnecessários? E os indicados por insegurança do médico? E os gerados pela medicina defensiva? E os que são indicados por ignorância de alguns profissionais que não conhecem as indicações ou limitações de muitos procedimentos? Ou quanto custam os que são realizados com fins puramente comerciais porque o profissional tem interesses diretos em investimentos feitos em equipes de diagnóstico? Quanto custam as cirurgias desnecessárias e os erros médicos? Enfim, quanto custa a má medicina?

A informação acima chega ao conhecimento público? Sabemos que quem gere a acessibilidade a fontes de informação tem em suas mãos um grande poder, e quem a restringe seletivamente para fortalecer e fazer avançar interesses particulares pode ter ainda um controle maior. Quem pode questionar os grandes interesses corporativos econômicos se são os que fornecem verbas para uma seleção variada de medicamentos e procedimentos? Há acesso a toda informação necessária para avaliar de forma adequada a proteção e o

bem-estar dos pacientes? Quem pode ser questionado sobre o tipo de pesquisa clínica/médica e que tipo de interesses as pesquisas visam promover, e com que critérios, sobretudo quando pode não existir elementos para controlar e monitorar os possíveis efeitos adversos que possam sofrer os pacientes, ou pior ainda, a manipulação de resultados? Certas corporações farmacêuticas multinacionais que asseguram seus interesses capitalistas, as universidades que recebem verbas destas empresas e disputam por elas, ou os médicos que são subsidiados por interesses privados? Haverá interesses criados em um lado ou outro?

A análise da literatura médico-ética sugere a necessidade de desenvolver e estimular a reflexão crítica sobre as condições em que muitas pesquisas são feitas e os mecanismos utilizados para subsidiá-las. Os interesses econômicos atualmente criados e desenvolvidos pela gestão capitalista de uma economia globalizada são de tal magnitude, implacáveis e desumanos em alguns casos, que parece não importar as conseqüências negativas causadas em nossas comunidades, o importante é ganhar cada vez mais, independentemente dos efeitos nocivos que tal exploração possa gerar.

Igualmente temos enormes desafios éticos relacionados às coberturas dos planos médicos. É ético que um paciente fumante e que tenha um plano de saúde subsidiado com verbas do governo tenha a mesma cobertura de medicamentos para asma e hipertensão que pacientes não fumantes? Para responder esta pergunta é necessário levar em consideração que o paciente, com seu comportamento, está contribuindo diretamente para seus problemas de saúde, sem mencionar a saúde dos demais que estão a seu lado. Isso estabelece a necessidade de valorizar os comportamentos de risco do segurado como parte do processo de segurá-lo, bem como de criar programas que incentivem estilos de vida melhores. Consideramos que, do ponto de vista ético, a resposta deve ser “sim”; no entanto, não seriam poucos a argumentar o contrário. A pergunta está ainda em debate e gera grandes controvérsias.

Ética médica: a responsabilidade com o paciente e a integração do conhecimento

Com muita freqüência ocorre que um paciente com um problema médico sério recebe um golpe adicional de quem menos devia: seu médico. A responsabilidade do médico é guiar o paciente para favorecer as condições físicas, mentais, emocionais e espirituais necessárias para a adaptação, recuperação ou cura. O campo

da psiconeuroimunologia, que estuda as inter-relações entre o comportamento e os sistemas nervoso central, endócrino e imunológico, vem estabelecendo importantes influências e confluências entre as diferentes dimensões do ser humano, com repercussões transcendentais na relação entre o estresse, as emoções e a saúde. O fato de que a medicina convencional tenha concluído não ter soluções para um problema específico não autoriza o médico a negar esperança ao paciente que sofre de uma enfermidade.

Em uma sociedade extremamente legalista e contenciosa, não é raro ouvir que um médico “não deve oferecer falsas expectativas”. É de se lamentar que isso seja entendido como que o melhor é não lhe oferecer esperança alguma. Um exemplo disto ocorre com os pacientes de câncer, especialmente quando estes se interessam por terapias não convencionais que podem ser de ajuda. Optar por terapias não convencionais não implica considerar o paciente uma “cobaia”, porque, mesmo nas terapias experimentais avaliadas do ponto de vista do paradigma convencional, existe a obrigação ético-legal de salvaguardar o seu bem-estar. É paradoxal o fato de que alguns médicos clínicos, mesmo sabendo que os tratamentos oferecidos são altamente tóxicos em alguns casos, ou muito caros, e que não podem garantir sua efetividade, alegam que, por razões éticas, não podem administrar uma terapia não convencional, não tóxica e geralmente de baixo custo, mesmo quando todos os elementos científicos indicam que ela pode ser de ajuda. Mesmo quando algumas destas alternativas tenham sido estudadas com rigor científico, o clínico opõe resistência a terapias alternativas pelo simples fato de que não foram incluídas nos guias médicos como “tratamento padrão”. Por razões éticas, não se deve negar ao paciente uma alternativa que representa uma possível oportunidade de melhorar sua saúde sem um grande custo econômico e com um nível de segurança adequado, em conformidade com os parâmetros científicos estabelecidos. Cabe mencionar que, em países europeus e asiáticos, a prática da medicina inclui elementos considerados no Ocidente como “não convencionais”, os quais não requerem autorização médica para administrá-los. Por exemplo, a acupuntura foi regulamentada em Porto Rico pelo Tribunal Examinador de Médicos, limitando sua prática aos médicos licenciados, mas na Ásia, e mesmo em alguns estados da União americana, existem profissionais da saúde não médicos que podem aplicá-la.

Outro exemplo particular é o caso da vitamina C (ácido ascórbico) como agente anticancerígeno e antiolesterolêmico (González, 2005; Riordan, 2005; Rodríguez e González, 1991). Muitos médicos não só não conhecem a literatura científica sobre sua segurança e efetividade, como não se interessam em conhecê-la. Se exercessem sua responsabilidade plena e com maior prudência intelectual, não poderiam pré-julgar terapias que não conhecem, e estariam mais interessados em explorar os avanços de paradigmas que poderiam oferecer novas esperanças em sua área.

Conclusão

Necessitamos grandes transformações sociais para promover melhores condições de saúde em nossas populações e esta deve ser uma meta ética transnacional. Todos os setores da nossa sociedade têm de participar. Os paradigmas dominantes que restrinjam o desenvolvimento das ciências, entre elas as associadas à saúde, devem começar a serem reavaliados sem receio, reconhecendo que o processo de avaliação requer tempo e mudança de atitude. Mudanças de atitude podem ocorrer quando há uma consciência reflexiva que, por sua vez, produza uma mudança de comportamento. O desejo de querer transformar as diversas realidades na área da saúde nos obriga a adotar planos estruturados com prioridades adequadas, devidamente organizados e dirigidos a atender as necessidades de saúde do nosso povo.

A liderança do governo e outros setores da sociedade civil devem unir-se em uma política pública sanitária, que envie uma mensagem uniforme por meio de campanhas educativas que comecem nos setores infantis-elementares e continuem até as instituições universitárias. Os meios de comunicação de massa devem ajudar com campanhas publicitárias que motivem as pessoas a cuidar da própria saúde. Os setores legislativos devem promover ações afirmativas para melhorar a saúde pública da população, promovendo um balanço justo nas oportunidades de serviços de saúde, que não dependa da força econômica de interesses econômicos particulares. A medicina tem de recuperar sua vocação e prática humanista, em que a meta principal é o bem-estar do paciente, sem sucumbir aos fatores econômicos que tentam controlá-la e manipulá-la.

Isso implica que o tratamento médico deve ir do mais simples ao mais complexo e invasivo, reconhecendo e permitindo que os mecanismos de reparação e homeostasia do corpo consigam fazer com que este retorne ao estado saudável. Também implica

disciplina de ir à raiz do problema, o qual muitas vezes é complexo porque, ao contrário de receitar tomar um medicamento diário (que é algo relativamente fácil), o médico teria a responsabilidade de fazer uma avaliação muito mais abrangente, a qual muitas vezes não é feita por falta de tempo. Certamente, este tipo de avaliação traria importantes conseqüências em termos econômicos que nem todos desejam enfrentar. O paciente, por sua vez, teria a responsabilidade de fazer mudanças no seu estilo de vida.

A visão atual que predomina no mundo cosmopolita e globalizado é aquele em que se quer soluções rápidas e fáceis. Vive-se cada vez com mais intensidade, e será um grande desafio para a sociedade moderna conseguir uma transformação do cidadão para promover uma visão cósmica de maior sossego em que sejam desenvolvidos os recursos do controle bem-sucedido do estresse, promova-se a prática adequada do exercício, diminua-se o consumo de tóxicos, melhore-se a qualidade da alimentação e se promova a suplementação científica fundamentada.

As forças econômicas que controlam e gerem a prática clínica dos diferentes setores da saúde são os usufrutuários dos paradigmas existentes. As grandes indústrias têm o poder econômico para influir nas esferas do governo, da educação e da prática da medicina. Neste contexto, é preocupante a falta de um equilíbrio quanto à distribuição de verbas para a pesquisa em terapias alternativas e a escassa disseminação da informação sobre os progressos em produtos – como certos nutrientes – que não têm patentes, mas que demonstraram sua utilidade científica em diversas doenças. O controle da publicidade, incentivos industriais, comerciais e pessoais e a educação são áreas que necessitam muita atenção. Os complexos farmacêuticos concentram muito de sua pesquisa no que serão produtos “economicamente rentáveis”, entendendo-se que se não se vê uma possível comercialização do produto, sua pesquisa não continuará necessariamente, independentemente da importância que este possa ter para um determinado grupo de pacientes, sobretudo se o grupo é considerado como “descartável, marginalizado ou transviado”. A constante do interesse econômico é observada em outros campos da tecnologia: não é por acaso, por exemplo, que existam já investidores comprando ações de pequenos laboratórios que estão fazendo experimentos com nanotecnologia, reconhecendo que esta tecnologia será vital no controle futuro de doenças como o câncer e diabetes.

Se quisermos continuar colhendo resultados quanto às expectativas de vida e melhorar a qualidade de vida da nossa sociedade, não podemos apenas pretender nos apoiar em novas tecnologias e descobrimentos científicos. É mister termos estruturas mais bem equilibradas, especialmente um equilíbrio entre as forças socioeconômicas e as políticas de saúde pública, com compromisso das indústrias, setor de comércio e indivíduos a fim de desenvolver uma consciência pró-social. Ações sociais eficazes para a conscientização necessária a fim de modificar os paradigmas dominantes, previamente apresentados neste trabalho, devem fazer parte da agenda da sociedade civil. Educação, legislação e discussão pública, incluindo a pressão pública que a população possa fazer sobre estes assuntos, são vitais para um plano bem-sucedido que influa na qualidade de vida das nações. O elemento libertador e emancipador criado ao conscientizar as pessoas da necessidade de reconhecer alternativas úteis e válidas do ponto de vista científico e ético deve ser promovido por meio de uma discussão crítica, sábia e judiciosa. A ética hipocrática e a ética social assim o exigem. Esta deve ser uma das nossas metas na área da Saúde Pública.

“Mais vale uma onça de prevenção que uma libra de cura”
Benjamin Franklin

REFERÊNCIAS

- Adventist News Network. 2006. “Study Links Adventist Lifestyle with Longevity”. <http://news.adventist.org/data/2001/06/09953757/index.html>. en. Retirado el 30 de abril de 2006.
- Argaya-Roca, M. 2006. “El aborto como método de explotación capitalista”. <http://www.aciprensa.com/aborto/explotacion.htm>. Retirado el 28 de abril de 2006.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Report. 2006. <http://www.cdc.gov/az.do>. Retirado el 28 de abril de 2006.
- Colditz, G.A. 2004. “Modifiable Risk Factors for Cancer”. *British Journal of Cancer*, Jan 26, 90(2): 299-303.
- Eisenberg, D.M., Davis, R.B., Ettner, S.L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M. & Kessler, R.C. 1998. “Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997: Results of a Follow-up National Survey”. *Journal of the American Medical Association*, Nov. 11, 280 (18): 1569-75.
- Esguerra-Gutiérrez, R. “El médico para el nuevo milenio”. *Medicina*, 20(2). <http://www.encolombia.com/medicina/academedia/20248.htm>. Retirado el 28 de abril de 2006.
- González M.J., Matos M.I. and Miranda-Massari J.R. 2000. “Ethical Issues in Nutritional Sciences for the Next Century: Nutrition Research and

- Counseling on Nutraceutical Supplementation and Disease”. *PR Health Sci J.* 19: 161-163.
- González M.J., Miranda-Massari J.R. et al. 2005 Nutritional Oncology Review: Ascorbic Acid and Cancer: 25 Years Later. *Integr. Cancer Ther.* 4:32-44.
- González M.J., Rivera Gutiérrez R., and Rodríguez, M.H. 2000. A Commentary on the Role Nutrition in Public Health History. Lessons for Prevention and Health Reform. *Biomedicina* 3:515-516.
- Kuhn, T.S. 1970. *The Structure of Scientific Revolutions* (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Navarro, V. & Shi, L. 2001. “The Political Context of Social Inequalities and Health”. *Social Science & Medicine*, 52, No. 3, 481-491.
- National Institutes of Health (NIH), National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) 2006 <http://nccam.nih.gov/health>. Retirado el 8 de mayo de 2006.
- Oeppen, J. and Vaupel, J.W. 2002. “Broken Limits to Life Expectancy”. *Science*; 296:1029-31.
- Riordan, H.D., Casciari, J.J., González, M.J., Riordan, N.H., Miranda-Massari, J.R., Taylor, P. and Jackson, J.A. 2005. A Pilot Clinical Study of Continuous Intravenous Ascorbate in Terminal Cancer Patients. *PR Health Sci J.*;24:269-76.
- Rodríguez, J.R. & González, M. 1990. “Hacia una vision médica futurista: Nutrición y dietoterapia preventiva”. *Hospitales*, 23: 9-11.
- Rodríguez, J.R. & González, M. 1991. “Treatment of Hypercholesterolemia with Vitamins E, C and Lecithin: A Case Report”. *J. of Orthomolecular Medicine*, Vol. 53, No. 2, 78-80.

DADOS BIOGRÁFICOS DOS AUTORES

Jorge R. Miranda-Massari é farmacêutico clínico, catedrático da Área de Ciências Médicas e licenciado em farmácia. É bacharel em Biologia e Farmácia. Possui doutorado em Farmácia pelo Philadelphia College of Pharmacy and Science e um pós-doutorado em Farmacocinética Clínica pela Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill. Concluiu preparação de pós-graduação em Cuidado Farmacêutico em Nefrologia na Universidade de Pittsburgh e outro em Anticoagulação Clínica no Medical College of Virginia. É autor de inúmeras publicações científicas, incluindo editoriais, artigos de revisão e resultados experimentais em revistas científicas arbitradas. É consultor do Center for the Improvement for the Human Functioning, em Wichita Kansas. Além disso, é o criador e coordenador do primeiro curso interdisciplinar de Medicina Integrativa em Porto Rico, “Práticas Complementares na Saúde e Cura: Um Enfoque de Medicina Integrativa”, e de Prática Avançada em Medicina Integrativa.

José R. Rodríguez é médico, mestre em Saúde Pública e PhD, pesquisador e epidemiologista; foi bolsista dos Institutos Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos na Fordham University, recebendo formação formal em metodologia de pesquisa qualitativa e quantitativa. É fellow da American Academy of Experts in Traumatic Stress e também diplomado pelo American Board of Psychological Specialties. No momento, é consultor em pesquisa de várias entidades nacionais e internacionais. É autor de dois livros e várias

publicações em revistas profissionais arbitradas nas áreas de ciências médicas, sociologia e psicologia. Seus interesses se concentram nas áreas de gerontologia, saúde mental, nutrição, espiritualidade e medicina ortomolecular.

Dr. Michael J. González é bioquímico, catedrático da Área de Ciências Médicas. É bacharel em Biologia e Química. Possui mestrado em Biologia Celular e Biofísica e outro mestrado em Nutrição e Saúde Pública. Além disso, tem doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade de Lafayette e outro doutorado em Bioquímica Nutricional e Biologia do Câncer, da Universidade do Estado de Michigan. Concluiu preparação de pós-doutorado em Geriatria na Área de Ciências Médicas na Universidade de Porto Rico. Ele é membro eleito do Colégio Americano de Nutrição e autor de mais de 100 publicações científicas. Faz parte do Conselho Editorial de várias revistas científicas, tais como *Biomedicina*, *Journal of Orthomolecular Medicine* e *Alternative Medicine Reviews*. Também trabalhou como consultor para várias empresas, sendo responsável pela formulação de diversos suplementos e produtos farmacêuticos.

Os *doutores González e Miranda-Massari* são pioneiros no desenvolvimento de quimioterapia não tóxica para o câncer. Seu trabalho com a vitamina C como agente anticâncer foi recentemente confirmado pelos NIH. Publicaram o primeiro estudo clínico de segurança utilizando altas doses de vitamina C intravenosa em pacientes com câncer terminal. Também publicaram o artigo de revisão mais completo sobre vitamina C e câncer como seguimento ao trabalho do ganhador de dois prêmios Nobel, o Dr. Linus C. Pauling. São criadores de um projeto de pesquisa, educação e serviço conhecido como *InBioMed*. O principal projeto de pesquisa é sobre câncer, *RECNAC II*, o qual é dirigido ao desenvolvimento de um protocolo não-tóxico para tratamento de câncer. O projeto de educação tem uma fase dentro da universidade e um programa de educação continuada para profissionais, assim como educação ao público geral. A área de serviço inclui consultoria corporativa e a conduta de problemas clínicos.