

Medicina e saúde: em tempos de hiperconsumo, o que atender?

Medicine and health: at a time of hyperconsumption, what our focus should be?

Medicina y salud: en un tiempo de hiperconsumo, ¿cual debe ser el nuestro foco?

*Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli**

RESUMO: A ideia de saúde como "bem-estar", aliada ao hiperconsumo que vivemos, traz questionamentos para a medicina e para sistemas de saúde universais, como o SUS. Este artigo contribui para essas discussões atuais da Bioética a partir de uma das preocupações que lhe deu origem: a cultura do sempre mais e melhor. Em medicina e saúde o "sempre mais" é, realmente, o "melhor"? Essa é questão a ser respondida pela Bioética, como ética de responsabilidade, baseada em cidadania e justiça social.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética. Justiça social. Ética médica.

ABSTRACT: The idea of health as "well being", associated to the hyperconsumption attitude we live in, brings questions to be faced by medicine and universal health assistance systems such as SUS. This article contributes for these current discussions of Bioethics from one of the concerns that originated it: the culture of "always more and ever better". Is "always more" really "better" in medicine and health? This is the question to be answered by Bioethics as an ethics of responsibility, based on citizenship and social justice.

KEYWORDS: Bioethics. Social justice. Ethics, medical.

RESUMEN: La idea de la salud como "bien estar", asociada a la actitud de hiperconsumo que vivimos, trae cuestiones que la medicina y los sistemas universales de la ayuda de la salud tales como SUS deben afrontar. Este artículo contribuye para las discusiones actuales de la Bioética a partir de la una de las preocupaciones que la originaron: la cultura del "siempre más e siempre mejor". ¿Es "siempre más" realmente "mejor" en medicina y salud? Ésta es la pregunta que se contestará a partir de la Bioética como ética de la responsabilidad, basada en la ciudadanía y la justicia social.

PALABRAS LLAVE: Bioética. Justicia social. Ética médica.

Tem sido bastante discutido, seja na mídia como na literatura científica da área da saúde, a questão dos crescentes custos da saúde, frente às inovações tecnológicas e a insaciáveis demandas que chegam aos serviços de saúde.

Para sistemas de saúde universais, como o nosso, este desafio implica questões de justiça social e distribuição dos recursos, finitos e escassos, para demandas e necessidades que tendem ao infinito. A sustentabilidade do SUS (Sistema Único de Saúde) é questão ética urgente.

Este artigo não pretende adentrar as questões de justiça e alocação, mas tem a intenção de

contribuir para estas discussões tão candentes e atuais da bioética, especialmente, olhando uma das preocupações que deu origem à proposição deste campo do conhecimento na década de 70: o sempre mais e melhor.

Uma das motivações de Potter¹ para a bioética encrava-se no questionamento que fazia ao sempre mais e melhor da sociedade americana, preocupado que estava para onde esta cultura poderia conduzir a humanidade e o quanto poderia ameaçar sua sobrevivência e o ambiente.

De fato, o resgate de parte do pronunciamento de Van Rensselaer Potter¹, elaborado e apresentado

em vídeo exibido no IV Congresso Mundial de Bioética, realizado no Japão em 1998, segundo tradução feita por Léo Pessini², torna explícita esta preocupação:

"Desde o início, chamei bioética como nova disciplina que combinaria conhecimento e reflexão. Ela deve ser vista como uma abordagem cibernética em relação à contínua busca de sabedoria pela humanidade, que defini como o conhecimento de como usar o conhecimento para a sobrevivência humana e para o aperfeiçoamento da condição humana. Concluindo, peço a você que pense em bioética como uma nova ciência

* Enfermeira. Mestre em Bioética pela Universidade do Chile e Programa Regional de Bioética para a América e Caribe OPAS/OMS. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Professora doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP. E-mail: elma@usp.br

cia ética que combina humildade, responsabilidade e uma competência interdisciplinar, intercultural e que potencializa o senso de humanidade”.

Na esteira destas preocupações, e da vigente ideia de saúde como “bem-estar”, tentamos lançar questionamentos para que façamos a reflexão se em medicina e saúde o “sempre mais” é o “melhor”.

A Saúde numa sociedade de hiperconsumo

Na sociedade do hiperconsumo, a evolução das demandas e dos comportamentos tidos e recomendados como saudáveis é vertiginosa. As despesas com saúde crescem mais que o conjunto do consumo. Consultas, medicamentos, exames, tratamentos, todos estes consumos aceleram em uma escalada que parece não ter fim. A vida cotidiana das pessoas é invadida cada vez mais pelo apelo para cuidar da saúde. São conselhos de prevenção, informações médicas. O consumo não é somente de medicamentos, mas também transmissões televisivas e de rádio, artigos de imprensa e revistas especializadas para o grande público, páginas da *Web*, guias e enciclopédias médicas³.

E não nos deixemos tomar por uma visão preconceituosa de que os usuários de SUS não teriam acesso a esse tipo de apelo ou informação, pois, sem contar a inclusão digital, que é cada vez mais uma realidade em nosso País, temos que lembrar que a televisão é veículo poderoso para a difusão de informações de saúde, desde os conselhos para mudanças de hábitos de vida até a propagação dos mais recentes avanços da biomedicina. São correntes entre os profissionais de saúde das unidades básicas os depoimentos que relatam a busca dos usuários nos serviços pelos avanços biomé-

dicos exibidos na televisão, especialmente na segunda-feira.

Deve-se lembrar, também, que é estratégia de *marketing* da indústria de medicamentos, a propaganda direta ao consumidor. Tanto é assim, que um dos problemas éticos apontados por enfermeiros e médicos do PSE, na pesquisa de Zoboli⁴, foi a solicitação de procedimentos feita pelos usuários, que demandam exames ou novos medicamentos veiculados na imprensa.

Sem recursos simbólicos para dar sentido às dificuldades que se encontra na vida, já que vivemos tempos nos quais o sofrimento não é mais visto como provação a ser superada, generaliza-se a exigência de eliminar o mais depressa possível os transtornos que nos afligem, uma anomalia tanto mais insuportável quanto mais se impõe o bem-estar como ideal de vida preeminente. É nesse contexto que os pacientes se comportam como consumidores que ditam sua prescrição ao médico com vistas a um alívio rápido e sem esforço. Como efeito do poder do imaginário do bem-estar e da qualidade de vida, temos a crescente intolerância ao mal-estar, inclusive o interior, com a “medicalização existencial”³.

A saúde erigida como valor primeiro é preocupação onipresente quase em qualquer idade. Um número crescente de atividades e esferas da vida adquire a tonalidade da saúde: os alimentos, o turismo, a habitação, o ambiente, a estética, a cosmética. A temática da saúde tornou-se um argumento decisivo de venda³.

Não é suficiente curar doenças ou mesmo preveni-las, é preciso prever o futuro. Não basta alertar ou estimular a mudança de comportamentos em relação às condutas de risco, é preciso assegurar que essas mudanças se efetivem, exigindo-se provas de boa observância, punindo quem não as con-

segue, seja com sobre taxas ou não seleção ou mesmo exclusão de empregos, por exemplo.

O sentimento do perigo e do risco é onipresente. No limite, tudo pode ser percebido como ameaçador para a saúde, requerendo vigilância. Em uma batalha sanitária, com sabor de cruzada, busca-se a otimização da saúde pela vigilância higienista de si e pelas práticas tecnocientíficas³.

Vive-se a época da “ideologia da saúde e da prevenção dos riscos” (p. 287)³. O indivíduo quer melhorar seus desempenhos, pode-se dizer a qualquer custo, superar-se tomando suplementos nutricionais e coquetéis psicoestimulantes. Preocupa-se em consultar cada vez mais médicos, medicalizar seus hábitos de vida, comer de maneira saudável e biológica, reduzir consumos excessivos de calorias e de sal, mudar seu modo de vida para diminuir riscos. A sociedade do hiperconsumo é obcecada pelos cuidados de prevenção e de “manutenção sanitária”³.

A obsessão com a saúde e o consequente consumo das tecnologias médicas decorrem da procura de um controle cada vez maior e mais preciso sobre o corpo. O corpo é considerado uma matéria a ser corrigida. Assim, a pessoa confia sua sorte à ação de substâncias químicas que modificam seus estados psicológicos “de fora”, sem análise nem trabalho subjetivo, apenas importando a eliminação imediata, e mais rápida possível, dos dissabores (fadiga, insônia, ansiedade). A solução de nossos males não é mais procurada em recursos internos, mas na ação de tecnologias, que tornam a pessoa desejosa por dirigir sua vida, paradoxalmente, dependente e sujeita a recursos externos².

Os profissionais de saúde, é claro, não são exceção a essa lógica, pois, além da influência da socie-

dade geral como seus partícipes que são como é sabido e amplamente discutido, formam-se sob a égide de uma prática de atenção à saúde tecnicista, ultra especializada e que não valoriza o intersubjetivo na atenção à saúde. Amplo trabalho de reeducação dos atores do SUS impõe-se para uma postura reflexiva e crítica dos atuais padrões⁴.

Para compreender o motor da engrenagem das necessidades é preciso considerar o cruzamento de duas dinâmicas da sociedade moderna. Uma é a oferta técnica e mercantil, capaz de inovar perpetuamente seus produtos e serviços. A outra é a ordem social democrática baseada no indivíduo igual e em seu direito autônomo à felicidade².

Nesse atomismo ético, o “princípio da autonomia das preferências” (p. 143) diz que para julgar o que é bom ou ruim para uma determinada pessoa, o critério último são seus próprios desejos e suas próprias preferências⁵.

Nesse culto ao bem-estar, vale lembrar o “paradoxo do hedonismo” (p. 50), segundo o qual quanto mais explicitamente perseguimos nosso desejo de prazer, mais inapreensível descobrimos sua satisfação⁶. Na saúde, essa prática tem se feito cada vez mais frequente e presente, confunde-se com respeito à pessoa como ser autônomo.

Respeito à autonomia, como é enunciado esse princípio, não implica supremacia absoluta dos desejos e preferências individuais. Integralidade e equidade são discussões tangentes que se entrelaçam e imbricam-se de maneira bastante entranhada na prática dos serviços de saúde com a justiça social e a distribuição dos recursos para garantir universalidade.

Deve haver um fundamento não subjetivo para estimar e comparar os níveis de bem-estar de diferentes pessoas. Basta dizer,

por exemplo, que os Direitos Humanos, com os direitos econômicos e sociais, partem da base implícita de que tal fundamento existe e é possível. A questão é: “por que é mais justificado avaliar o bem-estar individual com base no acesso que as pessoas têm a determinados direitos, recursos e oportunidades, do que avaliá-lo somente em relação à satisfação de preferências individuais?” (p. 144)⁵.

A perspectiva de que uma vida ética e vida do interesse próprio esclarecido são uma é antiga, mas, atualmente, sofre desdenho. Agir eticamente é agir de um modo que se possa recomendar e justificar, pois essa idéia conforma o próprio significado do termo. Ora, como posso recomendar e justificar, perante os outros, ações que se baseiam apenas no objetivo de aumentar minha própria felicidade? Por que deverão as outras pessoas pensar que a minha felicidade é mais importante do que a felicidade delas?⁷

Essas perguntas parecem-nos bastante pertinentes para um sistema de saúde universal, como o SUS.

Pode ser racional viver preocupado somente com o interesse próprio, ignorando o impacto que temos sobre os outros. Mas não é ético!⁵

Temos de evitar os julgamentos de valor que tenham por objeto as preferências e escolhas individuais para a distribuição de um recurso social escasso⁵. Na saúde, talvez mais que em qualquer outro âmbito, essa afirmação parece-nos bastante válida.

Se por um lado temos que rejeitar o paternalismo como ‘eu sei o que é melhor para você’, não raro na saúde, por outro não podemos substituí-lo pelo arbítrio da satisfação de preferências individuais⁴, sobretudo nas decisões de política

pública e no funcionamento de instituições sociais básicas de saúde.

Para evitar o paternalismo nos julgamentos de justiça social e das preferências, o melhor é não focalizarmos nessas e tampouco nas atitudes e interesses individuais diretamente, mas nas condições institucionais de provisão de recursos e oportunidades que são valiosos a uma diversidade de concepções individuais do bem⁵.

O respeito à autonomia deve ser entendido no contexto da intersubjetividade ética e, assim, requer ação proativa do profissional para que cada cidadão avalie crítica e reflexivamente suas preferências, considerando os impactos de sua realização no bem comum, aqui entendido como os recursos disponíveis para dar assistência à saúde de qualidade humana e digna para todos.

A satisfação de preferências individuais não se mostra um guia adequado às decisões de política pública porque o que as pessoas preferem é, em grande medida, seja com exigências modestas ou exorbitantes, resultado de bens, recursos e direitos que lhes foram providos e propiciados em primeiro lugar pelas instituições sociais e ação pública. A relevância da relação “efeito-provisão” não é desprezível nas preferências⁵.

Ao atender todas as necessidades dos usuários que ocorrem ao SUS, podemos até estar dando conta da integralidade, mas talvez ao preço de impossibilitar, ou ao menos dificultar, a equidade, numa justa distribuição dos recursos. É claro que isso não significa contentar-se com o escasso disponível, por isso essa palavra que na saúde liga-se quase que automaticamente à recursos foi cuidadosamente evitada neste parágrafo.

“A equidade de uma distribuição não pode justificar-se pelas preferências que os indivíduos são

levados a cultivar por essa mesma distribuição”⁵.

A questão não é julgar a legitimidade das exigências que as preferências individuais fazem aos recursos escassos da sociedade pela força com que seus portadores o defendem, nem pela intensidade com que eles os preferem, e tampouco pelo grau de satisfação que o atendimento destas exigências lhes traria. O que se tem de fazer é inquirir as razões pelas quais algo é preferido. E, nesse sentido, um interesse, e poderíamos dizer necessidade ou demanda na área da saúde, terá tanto mais peso moral quanto mais relacionado estiver com um ou vários dos bens que são percebidos por pessoas que têm valores distintos, como os ingredientes indispensáveis de uma boa vida humana, uma vida digna de ser vivida. Julgamos apenas as exigências que a satisfação de determinada preferência faz a recursos sociais escassos. Temos em mente, prioritariamente, o custo social de oportunidade da satisfação desse desejo (necessidade ou demanda de saúde). E esse custo será avaliado em referência ao que é frustrado, socialmente, com a sua satisfação⁵.

Na saúde, julgaremos as exigências que a satisfação das necessidades e demandas faz aos recursos, que são, de fato, escassos, insuficientes, muitas vezes, para o mínimo. Por isso, se as necessidades e demandas dos usuários forem indispensáveis para uma vida digna por pessoas com visões e valores distintos e os recursos forem insuficientes para sua satisfação temos que conseguir mais recursos para provê-los.

Recorremos a uma métrica não-subjetiva de avaliação de interesses individuais, de acordo com a qual alguns desses serão vistos como preferências privadas, e não passíveis de exigências

à sociedade, enquanto que outros serão reconhecidos como direitos, isto é, como aspectos do bem-estar individual que impõem deveres a outros⁵.

Trata-se de definir na saúde quais as necessidades e demandas serão tidas como preferências individuais e quais constituirão direito. Ou, ainda, poderíamos dizer constituirão exigência, elemento fundamental e essencial para concretização do direito à saúde consagrado na Constituição.

O objetivo do acordo razoável sobre os princípios de justiça, como equidade, não é assegurar que todos satisfaçam às suas expectativas na medida em que desejarem, mas de encontrar termos equitativos para a cooperação social entre pessoas que se concebem como cidadãos livres e iguais⁵.

No SUS, trata-se de encontrar os termos equitativos de cooperação social entre usuários que são cidadãos livres e iguais, para que a assistência ofertada seja suficiente para garantir que as pessoas sejam cidadãos na saúde e que a saúde que alcancem com os cuidados prestados possibilite o exercício de sua cidadania em outras dimensões de sua vida. Isto não quer dizer atender todas as suas preferências, pois pode ser que para tal objetivo ser atingido de maneira equitativa na sociedade, alguns tenham que abrir mão do que almejam. O justo seria que os mais afortunados abrissem mão em favor dos menos afortunados pela loteria natural e social, como aprendemos com Rawls⁸.

Parece-nos paradoxal, mas aceitaremos o argumento em favor do princípio de diferença, se aceitarmos a presunção em favor da igualdade. Essa presunção é a mesma que está por trás de convicções correntes na atualidade, como a aceitação de que a intolerância religiosa e a discriminação racial são injustas e a crença no direito

de que toda pessoa tem de tomar decisões sobre sua vida e sobre o que a afetará, como defendemos na autonomia em saúde⁵.

Entre o pensado e o vivido, a necessidade de uma ponte

Uma coisa é uma ética pensada e uma ética vivida, outra é uma “política pensada” e uma “política vivida”⁸.

Almejamos integralidade e equidade no SUS. Queremos atender às necessidades das pessoas na medicina e na saúde, mas a realização desses desejos, desse “pensado”, ou poderíamos dizer desse proposto (já que expresso em leis), políticas e outros documentos e produções da área sanitária, é o vivido, longe do que queremos, pensamos e muitas vezes temos direitos como cidadãos. Como caminhar?

Uma pista é compreendermos que a ética está presente em todos os momentos da nossa vida cotidiana; subjaz a muitas de nossas escolhas pessoais e políticas. Por vezes as escolhas éticas são fáceis e naturais, mas por outras são exigentes. E se quisermos fazer escolhas devidamente refletidas e deliberadas temos de ter mais consciência das ramificações éticas da forma como vivemos. Somente assim a ética poderá ser uma parte mais consciente e coerente da vida cotidiana⁵.

Está aí um desafio para o SUS e para as equipes de saúde, mudarem o foco para a bioética do cotidiano.

Comentário bem comum, também entre profissionais de saúde, é ‘a ética é muito bonita na teoria, mas, na prática, não funciona’. Como afirma Singer⁶, “não podemos contentar-nos com uma ética que não se adegue às vicissitudes da vida cotidiana” (p. 305)⁶.

No SUS é urgente a incorporação da bioética, como ética aplicada à vida cotidiana na atenção à saúde.

Considerações finais

Na esteira da preocupação de Potter e considerando a forte exclusão e as profundas desigualdades

sociais de nosso País, para fazermos frente, de maneira cidadã, à escalada das necessidades de saúde no SUS, parece que precisamos de responsabilidade, inclusão e do am-

paro do paradigma complexidade e da solidariedade⁹ para construir um sistema de saúde com equidade e atenção integral.

REFERÊNCIAS

1. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1971.
 2. Congresso Mundial de Bioética IV. Van Rensselaer Potter [videocassete]. In: O Mundo da Saúde. 1998;22(6):370-4. [Transcrição e tradução de Leo Pessini]
 3. Lipovetsky. A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade do hiperconsumo. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.
 4. Zoboli E. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2003.
 5. Vita A. A justiça igualitária e seus críticos. São Paulo: Martins Fontes; 2007.
 6. Singer P. Como devemos de viver? Ética numa época de individualismo. Lisboa: Dinalivro; 2006.
 7. MacIntyre A. Justiça de quem? Qual racionalidade. São Paulo: Loyola; 2001.
 8. Rawls J. Justiça como equidade: uma reformulação. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
 9. Cortina A. Alianza y contrato. política, ética y religión. Madrid: Trotta; 2005.
-

*Recebido em 10 de outubro de 2008
Aprovado em 15 de dezembro de 2008*