

Artigos

Ampliando Espaços da Medicalização

José Augusto Cabral de Barros

Ex-professor dos Departamentos de Medicina Social da UFPE e de Saúde Coletiva da UFJF;
Doutor em Epidemiologia pela Universidade Autônoma de Barcelona.
josebarros@uol.com.br

Tentando compreender o processo saúde-doença

É inerente a todo ser humano, desde priscas eras, a busca da saúde e da felicidade. As estratégias para consecução das mesmas é que se ajustam, ao longo da história da humanidade, ao progresso contínuo no âmbito das diversas ciências, além das concepções de natureza filosófica ou das modificações de ordem sócio-econômica que foram ocorrendo com o passar do tempo. A trajetória das concepções a respeito das origens das doenças e das práticas decorrentes em função do retorno ao estado de saúde vai se modificando com o caminhar da história. Nessa trajetória, podem ser identificados alguns paradigmas ou modelos explicativos, que vão de uma visão de caráter mágico-religioso a uma abordagem que caracteriza o modelo biomédico ou mecanicista, hegemônico na atualidade^{1,2}. Nesse contexto, mudanças de impacto podem ser identificadas quando ocorre um desvio do foco centrado nas forças sobrenaturais ou divinas como explicação das doenças tendo início, gradativamente, o enfoque das mesmas como um fenômeno natural, passível de ser compreendido e manejado sem a predominância da religiosidade, mesmo que a mesma sobreviva, ou seja, concomitante em muitas culturas atualmente. Esse novo enfoque, que pode ser designado como *medicina empírico-racional*, teve seus primórdios no Egito (papiros com fragmentos de textos médicos datam de três mil anos antes de Cristo). No ocidente, especulações com vistas a encontrar uma explicação não sobrenatural devem muito aos primeiros esforços de alguns pioneiros que

tentam entender os fenômenos da vida e da natureza em uma nova dimensão, particularmente na Grécia clássica, iniciando-se no VI século a.C., com o nascimento da filosofia³. Os primeiros filósofos pré-socráticos perseguem uma explicação para as origens do universo. Apontam uma matéria prima (*arké*=origem, começo) por eles visualizada como sendo a água, a terra, o fogo e o ar, ideia que está subjacente à teoria dos humores de Hipócrates (460-377 a.C.). Mais adiante, serão significativas as contribuições, sempre embasadas em um enfoque *holístico*, de Galeno (início da idade média) e Paracelso (na interface da idade média e o renascimento). Ambos chamam a atenção – em alguma medida, essas ideias já se fazem presentes em Hipócrates – para alguns princípios que caracterizam uma visão holística, do processo saúde/doença realçando a importância da dieta, motivações de natureza emocional, ambiente de trabalho e, até mesmo, para a existência de predisposições em algumas pessoas para desenvolverem determinadas doenças⁴.

Com a eclosão da revolução científica, no contexto do Renascimento e a partir do século XV em diante, com a contribuição da astronomia (Copérnico, Galileu) e, em seguida, da Física, especialmente com Isaac Newton, além da Filosofia (René Descartes, John Locke, Hume), tem início o alvorecer da ciência moderna. Os avanços advindos da mecânica newtoniana possibilitaram que muitos fenômenos da vida cotidiana pudessem ser explicados e, com subsídios advindos da química e da biologia, lançaram as sementes da medicina mecanicista e do modelo biomédico a ela atrelado. Ela fornece, crescentemente, os

instrumentos para que os médicos possam lidar de forma cada vez mais satisfatória, com um número cada vez mais amplo de doenças. O equívoco do novo modelo – hiperdimensionando os componentes biológicos e pondo em plano secundário os emocionais e socioeconômicos – redundou nos espaços crescentes ocupados pela moderna tecnologia diagnóstico-terapêutica. Esta disponibiliza estratégias fundamentais – e que tentam passar a ideia de serem as únicas a fazê-lo – para o desfrute de bons níveis de saúde. Não se pode negar os ganhos provenientes de contribuições notáveis da engenharia genética e da biotecnologia, assim como das ciências da computação e, também, certamente, da indústria farmacêutica. Os interesses da lógica de mercado, no entanto, perseguindo lucros, os maiores possíveis, provocaram distorções que levam ao uso desnecessário, ou sem justificativa técnica, de exames laboratoriais – e parece que, quanto mais sofisticados, melhor – e de medicamentos. Em um verdadeiro sinergismo, ampliam-se os espaços do modelo biomédico e do complexo médico-industrial e, em decorrência, da medicalização com o emprego desarrazoado dos insumos para diagnosticar ou tratar com os efeitos danosos daí advindos, tanto de ordem sanitária, como sócioeconômica^{2,5}.

O que se entende por ‘felicidade’?

É vocação universal e inerente ao ser humano tudo fazer para alcançar a felicidade, decifrando seus segredos, com critérios, por vezes dúbios ou muito subjetivos para defini-la e, mais ainda, para perceber-se vivenciando-a, concretamente.

A felicidade, segundo a antropóloga e psicóloga Susan Andrews, dependeria do grau e frequência de afeto e emoções positivas

com bem-estar subjetivo, satisfação de vida ao longo do tempo, com contentamento interior e ausência de emoções negativas como depressão. O tema vem merecendo a atenção crescente de cientistas, tendo, inclusive, surgido uma nova disciplina, a “ciência de hedônica” (“hedônica” é um vocábulo sugerido pelo psicólogo Daniel Kahneman). De acordo com estudos feitos sobre as fontes da felicidade humana, até um determinado nível de riqueza, o sucesso material implica o desfrute de mais felicidade. No entanto, como resalta Andrews⁶, *“após certo ponto, mais bens materiais não trazem mais satisfação. O que importa, a essa altura, são os chamados ‘fatores não materiais’, tais como companheirismo, famílias harmoniosas, relacionamentos amorosos, e uma sensação de se viver uma vida significativa. Nós, enquanto seres humanos, temos fome não apenas por alimento para o corpo, mas também para a alma”*⁽ⁱ⁾.

Segundo o psicólogo Pierre Weill, *“a felicidade não pode ser nem caminho de busca, nem ponto de chegada, quem procura a felicidade nunca vai achar. Ela está aqui e agora nesta nossa conversa, neste sorriso; ela está brotando a todo o momento. Se a gente procura ter um objetivo de ter felicidade um dia, cria uma tensão em torno de um objetivo em uma realidade que a gente não está vivendo, porque a gente está pensando no futuro, então felicidade é aqui e agora: se vive a todo instante ou então não tem”*⁽ⁱⁱ⁾. Já para o psicólogo americano Martin Seligman, a felicidade seria um somatório de ‘prazer’ (sensação agradável que costuma tomar nossos corpos e que se manifesta por um sorriso e por olhos brilhantes), ‘engajamento’ (a profundidade de envolvimento entre a pessoa e sua vida) e ‘significado’ (sensação de que nossa vida faz parte de algo maior)⁽ⁱⁱⁱ⁾.

(i) Além do site do Instituto Visão Futuro (<http://www.visaofuturo.org.br/inicio.html>), que desenvolve interessante experiência no Brasil, tendo institucionalizado o Parque Ecológico Visão Futuro, utilizando os princípios do FIB (Felicidade Interna Bruta), vale a pena conferir as ideias do psicólogo da Universidade de Pensilvânia, Martin Seligman, que desenvolveu a corrente da Psicologia Positiva e tenta introduzir uma nova teoria do bem-estar (<http://www.authentic happiness.sas.upenn.edu/Default.aspx>).

(ii) É oportuno conhecer as ideias de Pierre Weill (<http://www.pierreweill.pro.br/Brazil.htm>, acessado em 31.01.13) psicólogo Francês que viveu a maior parte de sua vida no Brasil, sendo o criador da Universidade Internacional da Paz (www.unipaz.org.br)

(iii) Já movimentos concretos no Brasil na tentativa de aplicar na prática os conceitos do FIB, como é o caso da cidade de Angatuba, no interior de São Paulo, tendo ocorrido uma conferência nacional sobre o tema em 2008 (para mais informações, consulte a respeito o site <http://felicidadeinternabruta.blogspot.com.br/> e conheça o trabalho do Instituto Visão Futuro, através do site www.visaofuturo.org.br)

Diversas iniciativas foram feitas para criar instrumentos (indicadores) para mensurar o nível ou a qualidade de vida ou de saúde, com patrocínio de organismos internacionais como a ONU e a OMS. Um indicador dos mais utilizados na atualidade é o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), que apresenta valores que vão de 0 a 1, sendo a qualidade de vida melhor quanto mais próximo de 1 for o valor alcançado pelo país considerado. O índice foi desenvolvido em 1990 pelos economistas Amartya Sen e Mahbub ul Haq, e vem sendo usado desde 1993 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) no seu relatório anual. Ele reúne dados relativos à 'longevidade' (expectativa de vida ao nascer), 'níveis de ensino' (percentual da população com acesso ao conhecimento, alfabetizados com mais de 15 anos, percentual de matriculados nos 3 níveis de ensino) e 'renda nacional bruta' (PIB per capita). Os países são classificados como de "desenvolvimento elevado" (> 0,800), "médio" (0,500 a 0,799) e "baixo" (até 0,499). Conforme dados divulgados em novembro de 2011 pela ONU, o Brasil apresenta IDH de 0,718, ocupando a 84ª posição no ranking de 185 países.

Na tentativa de superar as limitações de outros indicadores, sobretudo do PIB (Produto Interno Bruto)^(iv), com o apoio do PNUD, surge no Butão, em 1972, o FIB (Felicidade Interna Bruta), com a intenção de medir o "desenvolvimento da sociedade", tomando como parâmetros, 'qualidade de vida', 'cultura', 'padrão de vida', 'educação' e 'saúde'. Toma por base, os seguintes parâmetros: 'bom padrão econômico', 'boa governança', 'educação de qualidade', 'saúde', 'vitalidade comunitária', 'proteção ambiental', 'diversidade cultural', 'uso equilibrado do tempo' e 'bem-estar psicológico e espiritual'.

As estratégias adotadas para ser saudável seriam as mais adequadas?

Os gastos para convencer a todos sobre os aspectos positivos do uso dos medicamentos – escamoteando, obviamente, seus riscos e potencial de provocar danos – ultrapassam, de longe, o que a indústria farmacêutica destina à pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos. Há intentos de fazer crer que todos são, em alguma medida, enfermos, buscando-se, aliás, uma pílula para todo e qualquer problema, incluindo os imaginários ou fictícios. A venda de ansiolíticos e antidepressivos é crescente e o consumo se amplia, deliberadamente, com estratégias promocionais dos fabricantes de fármacos psicoativos, à medida que condições do dia a dia, como a tristeza, ansiedade, e até mesmo estados fisiológicos como a menstruação são rotulados como problemas mentais. Impõem-se, ademais, sobretudo juntos aos jovens, de ambos os sexos, um padrão de beleza ou de desfrute de um "corpo sarado" que amplia o consumo de inibidores do apetite (recentemente, medidas restritivas para esses fármacos, foram tomadas pela Anvisa), por um lado, e de anabolizantes, por outro. Chegou-se a princípios ativos que atuam na disfunção erétil, descuidando que, como costuma acontecer em qualquer distúrbio da vida e, com particular interferência no campo da sexualidade, há a participação de componentes psicológicos. Moynihan assinala haver interesse dos produtores de medicamentos na massificação do consumo, para o que vem adotando estratégias de "criação" de novas doenças ou designação com nova nomenclatura de enfermidades pré-existentes. Tanto é assim que "problemas menores" são descritos como problemas graves, de tal modo que a timidez torna-se um "problema de ansiedade social" e a tensão pré-menstrual uma doença

(iv) Para os críticos do PIB, este careceria de medidas da distribuição de renda, de julgamento ético sobre o valor da atividade executada (como o lucro obtido com as guerras e desmatamento), de medidas de sustentabilidade, além de apresentar uma omissão de atividades não remuneradas ou fora do mercado e de medidas para avaliar a qualidade de vida.

mental denominada “transtorno disfórico pré-menstrual”. O simples fato de ser um indivíduo ‘predisposto’, considerado capaz de desenvolver uma doença, torna-se motivo para reforçar a existência de um novo doente e de uma doença em si”⁷. Concluem, ainda, esses autores, que vai ficando cada vez mais tênue a linha que separa o “sadio” e o “doente”, ampliando-se a abrangência da definição de certas doenças. Em outro texto, publicado em parceria com Allan Cassels, Moynihan apresenta uma profusão de exemplos no contexto de estratégias dos produtores para “vender doenças”, ao fim e cabo, tentando transformar todos em pacientes, para que consumam fármacos⁸.

A tentativa de ampliar categorias diagnósticas ficou patente, mais recentemente, quando da revisão do manual da Associação Americana de Psiquiatria, de amplo uso, sobretudo por pesquisadores e estudiosos das doenças mentais. Em crônica recente⁹, Contardo Calligaris confirma denúncias feitas por entidades americanas, ao apontar que em vários casos a nova versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders - DSM 5*) que entra em vigor, brevemente, “baixa o limiar do que pertence à doença, designando como transtornos - passíveis de cuidado médico e psicológico - afetos, pensamentos e humores que, até hoje, eram considerados parte da experiência humana normal”. Prossegue o autor: “Em outras palavras, somos cada vez mais considerados como ‘doentes’ (e convidados a procurar tratamento) por uma psicologia e uma psiquiatria que não param de definir nossa ‘normalidade’ - com as melhores intenções”. Constatou-se, ademais, conflito de interesses evidente na medida da existência de vínculos pregressos com empresas farmacêuticas, de amplo número de membros do *staff* responsável pela preparação da 5ª versão do DSM. Divulgou-se que foram propostos, nessa nova versão, dois novos diagnósticos que finalmente não tiveram o aval das evidências científicas: a *síndrome da psicose atenuada* (para identificar as pessoas sob risco de desenvolver psicoses) e o *trans-*

torno misto ansioso depressivo (um híbrido de ambos os problemas).

Em seguida, reproduzimos algumas das múltiplas denúncias a respeito do comportamento motivado pela ânsia de crescente lucratividade do setor farmacêutico nos Estados Unidos, feitas por Carl Elliot¹⁰. Com respeito, por exemplo, aos ensaios clínicos, até 1991, 80% dos ensaios patrocinados pela indústria eram realizados em centros acadêmicos. Com o incremento da complexidade dos ensaios, associado à pressão comercial para lançamentos em prazo curto e a burocracia acadêmica, levaram a indústria à preferência pelo setor privado, onde se realizam 70% dos ensaios, em 2004 (*CRO - Contract Research Organizations*). De acordo com Angell¹¹, em 2001, essas entidades já eram mais de mil, estendendo-se a outros países, com faturamento estimado em sete milhões de dólares. Cabe concordar, nesse contexto, com o questionamento de Collier¹², quando da publicação dos resultados de ensaios patrocinados pelas empresas.

A seleção dos participantes dos ensaios clínicos, muitas vezes feita em comunidades de imigrantes ilegais ou não, muitos deles desempregados, representa um desrespeito aos mais mezinhos princípios éticos que devem nortear as pesquisas envolvendo seres humanos. Por outro lado, as atividades de educação médica continuada, anteriormente sob a responsabilidade da Universidade e de associações dos profissionais médicos (financiadas com taxas de inscrição dos participantes), passaram a ter patrocínio das empresas farmacêuticas. Simpósios satélites em conferências e encontros variados realizados entre 1998 e 2006 tiveram apoio comercial quadruplicado, alcançando US\$ 1,2 bilhão¹⁰.

O autor aponta a criação de entidade - *International Society for Medical Publication Professionals* - que congrega médicos cujo trabalho é elaborar artigos financiados pelas empresas e que são publicados como se fossem de autoria de pesquisadores renomados. São os chamados *ghost-writers* que recebem US\$ 1.000 a US\$ 2.500 por artigo. Estudo da entidade acima mencionada demonstra que, em média, em 2006, um autor “freelance” fa-

turou US\$ 120.000 (possuindo apenas a graduação) e US\$ 150.000 (com mestrado)^(v). Outro texto com denúncias de práticas abusivas de parte da indústria farmacêutica é o de Marcia Angell, ex-editora do *New England Journal of Medicine*. Ela aponta, por exemplo, o contrato de lobistas junto ao Parlamento ou à FDA (neste último caso, com vistas à prorrogação do prazo da vigência das patentes) com o propósito de retardar a concorrência possível quando da entrada dos genéricos no mercado¹¹.

E assim se ampliam os descaminhos que intensificam a busca de alternativas mágicas que, aparentemente, vão produzir a tão almejada condição de saúde e felicidade. Poucos se dão conta de que ser feliz e saudável não é uma questão, propriamente, de acesso a tecnologias ou ao consumo desenfreado de bens e produtos, como quer fazer crer a sociedade de consumo. Nesta, a obsolescência das mercadorias é uma constante (o 'produto mais recente' é sinônimo de 'melhor', mesmo que com alterações superficiais, sem modificar a essência do produto imediatamente anterior). Na verdade, a felicidade pessoal está atrelada, inexoravelmente, à do coletivo, possível apenas quando do predomínio de valores solidários e dela, fazendo parte a vivência da 'saúde' dependente de amplos condicionantes que extrapolam o mero acesso aos serviços médico-assistenciais. Já está há muito tempo comprovada a dependência para a existência de bons níveis de saúde, da adesão a hábitos de vida orientados, por exemplo, para a prática de desportos ou atividade física, além de preocupação com a dieta e minimização das fontes de estresse. É preciso se contrapor à ideologia de consumo que dissemina, fortemente, a ideia de que, quanto mais "consumo", de bens e serviços os mais diversos, mais "felizes seremos". Daí a ampliação de fenômenos como a automedicação, gastos supérfluos em exames e medicamentos, com

o conseqüente aumento dos seus efeitos indesejáveis. Apesar dessa corrida incessante na busca dos alvos equivocados ou por isso mesmo, nos deparamos com a persistência da "infelicidade", frustração e empenho para alcançar metas que, se atingidas, impõem novos esforços de ajuste e subordinação aos ditames do mercado. Isto sem falar da ditadura da moda que impõe padrões estéticos a que todos têm de subordinar-se, com dispêndios crescentes – a depender do nível de renda, naturalmente – com os mais variados bens, incluindo cirurgias plásticas e cosméticos. A respeito do setor de cosméticos, dados recentes divulgados pelo Instituto Euromonitor são bastante ilustrativos. No Brasil, o setor faturou em 2011 mais de US\$ 43 bilhões (preço ao consumidor), tendo tido um aumento da ordem de 18,9%, o maior entre os 10 maiores mercados do setor. O país (com 10,1% do mercado mundial) ocupa o terceiro lugar, com os Estados Unidos à frente (14,8% do mercado), seguindo-se o Japão (11,1%).

Além disso, o crescimento desse ramo industrial nos últimos dezesseis anos foi de 360%, apresentando um incremento médio de 10% ao ano, valor muito superior ao crescimento do PIB e da indústria em geral, que foi de 3,6% e 2,5%, respectivamente^(vi).

Conclusão

Todas as evidências apontam para o fato de que, por mais impactantes e imprescindíveis que sejam, os insumos advindos da tecnologia médico-farmacêutica, nem tão pouco o acesso a produtos e serviços amplamente disponibilizados pelo mercado, seriam os responsáveis pelo gozo de níveis satisfatórios de saúde e bem-estar. Este é dependente em grande medida de fatores de natureza sócio-econômica.

Muitas são as iniciativas de parte de ONGs ou entidades oficiais para se contrapor ou sus-

(v) O *New England Journal of Medicine* vendeu 929.400 cópias do estudo VIGOR do MERCK (rofecoxibe/Vioxx que o laboratório usou como instrumento para ampliar as vendas. Reconhecidos os problemas com esse estudo pela revista, não a fez perder os US\$ 697.000 que lhe foram pagos pela empresa.

(vi) Dados divulgados no Canal Executivo, acessado em 24.01.13 no site em <http://www2.uol.com.br/canalexecutivo/notasemp12/emp28062012In.htm>

tar o processo de medicalização e o uso irracional de medicamentos. No primeiro caso, podemos citar o Fórum sobre Medicalização e Educação da Sociedade (<http://www.medicalizacao.org.br>), a HAI (Health Action International (www.haiweb.org)), a AIS (Acción Internacional para la Salud) (www.aislac.org), a SOBRAVIME (Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (www.sobravime.org.br)), o GPUIM (Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos) (www.gpuim.ufc.br/). Quanto a entidades oficiais, têm tido um papel relevante a OMS e os Comitês de Promoção do Uso Racional de Medicamentos, criados em diferentes países – no caso brasileiro, http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1141, atuando desde 2007, com um conjunto amplo de atividades. A conquista da saúde e da felicidade é uma tarefa de responsabilidade, em essência, individual, dependente das escolhas que se faz, dos espaços que se conquista, no dia a dia. É preciso aprender a viver a cada momento, sem ficar prisioneiro do passado ou do futuro. E, sobretudo, cabe incorporar a ideia de que a saúde, o bem-estar e a felicidade dependem de um complexo conjunto de fatores, entre os quais uma parte apenas tem a ver com as tecnologias médicas e não existirão pensando, sobretudo, em uma dimensão coletiva sem uma sociedade embasada em valores de solidariedade e de justiça social.

Referências

1. Barros JAC Pensando o processo saúde e doença: A quem serve o modelo biomédico? *Rev.Saúde e Sociedade*, 2002;11(1):67-84.
2. Taylor R. *Medicine out of control – The anatomy of a malignant technology*. Melbourne: Sun books, 1979.
3. Chaui M. *Convite à filosofia*. 14ª edição. São Paulo: Editora Ática, 2010.
4. Entralgo LP. *Historia de la Medicina*. Barcelona: Masson, 1978.
5. Barros JAC. Nuevas tendencias de la medicalización. *Ciência & Saúde Coletiva*, número temático Medicamentos no Brasil, v.13, Suplemento, 2008a.
6. Andrews S. A nova ciência de Hedônica. <http://felicidadeinternabruta.blogspot.com.br/2008/11/dra-susan-andrews-nova-ciencia-de.html>, acessado em 30.01.2013.
7. Moynihan R, Wasmes A. Vendedores de doença: estratégias da indústria farmacêutica para multiplicar lucros. In PELIZZOLI, M. (Org.). *Bioética como novo paradigma: por um novo modelo bioético e biotecnológico*. Petrópolis: Vozes, 2007, p. 151-156.
8. Moynihan R, Cassels A. *Selling sickness: how drug companies are turning us all into patients*. Crows Nest: Allen & Unwin, 2005.
9. Calligaris C. Loucos e adolescentes suicidas. Folha de S.Paulo, São Paulo, 17 jan.2013. Caderno Ilustrada.
10. Elliot C. *White coat Black hat – Adventures on the dark side of medicine*. Boston: Beacon Press, 2010.
11. Angell M. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos. Como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. Rio de Janeiro: Record; 2007.
12. Collier J, Ihienacho I. The pharmaceutical industry as an informant. *The Lancet* 2002; 360(9143): 1405-1409.